UNIVERSITE DE MONTPELLIER N° 55

FACULTÉ DE MÉDECINE

ÉTUDE CLINIQUE

de la

FIÈVRE DE MALTE

Quelques cas de Fièvre de Malte à Marseille

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Le 6 Juin 1910

PAR

M. Antoine FOUQUET

Né à Marseille, le 25 octobre 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

RAUZIER, Professeur, *Président.*
GRANEL, Professeur
LAGRIFFOUL, Agrégé
GAUSSEL, Agrégé
Assesseurs.

MARSEILLE
IMPRIMERIE MÉRIDIONALE
119, Boulevard National, 119

1910

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER **N° 55**

FACULTÉ DE MÉDECINE

ÉTUDE CLINIQUE

de la

FIÈVRE DE MALTE

Quelques cas de Fièvre de Malte à Marseille

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Le 6 Juin 1910

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

M. Antoine FOUQUET

Né à Marseille, le 25 octobre 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

RAUZIER, Professeur, *Président.*
GRANEL, Professeur
LAGRIFFOUL, Agrégé
GAUSSEL, Agrégé
Assesseurs.

MARSEILLE
IMPRIMERIE MÉRIDIONALE
119, Boulevard National, 119

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseignement de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire.*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologie	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements	PUECH, prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, prof. adj.
Medecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed.	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL	DERRIEN

Examinateurs de la Thèse

MM. RAUZIER, *président.*	MM. LAGRIFFOUL, *agrégé.*
GRANEL, *professeur.*	GAUSSEL, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A CEUX QUE J'AIME

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAGLIANO

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE MARSEILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A. FOUQUET.

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder ce modeste travail il me plaît d'offrir le témoignage de ma vive reconnaissance à tous ceux qui dans le cours de ma carrière d'étudiant ont contribué à me faciliter l'étude des différentes branches de l'art médical.

Mes remerciements iront donc à tous ceux qui furent mes maîtres, aux professeurs Boinet et Laget, Imbert et Delanglade, D'Astros, qui m'ont fait comprendre et aimer la clinique, à MM. les docteurs Alezais, Olmer, Bidon, Crémieux, Reynès, qui m'ont prodigué avec un dévouement inlassable, leur enseignement de tous les instants aussi bien dans les salles de cours qu'au lit du malade.

C'est au docteur Pagliano que je dois le sujet de cette thèse. Je tiens ici à lui exprimer toute ma gratitude non seulement pour la bonté dont il a fait preuve à mon égard en me facilitant les recherches sur les malades de son service en cette occasion, mais aussi pour la façon affable dont il m'a toujours reçu dans son service de l'hôpital de la Conception, m'aidant sans cesse de ses conseils, me prodiguant tous les jours des leçons.

Monsieur le Professeur Boinet m'a permis de reproduire quelques observations des plus intéressantes lui appartenant; de même M. le professeur Laget, MM. les docteurs Bidon, Sepet, m'ont facilité l'étude des malades de leurs salles et permis de recueillir des observations. Je les en remercie tous bien sincèrement.

MM. les professeurs de l'école Coloniale de Marseille, Simond, Thibault, M. le médecin-major Motais s'occupant depuis longtemps de la question ont mis à mon service leur grande expérience en ce qui concerne la bactériologie. Ils m'ont permis d'appuyer les diagnostics cliniques sur le contrôle indispensable du laboratoire. Ils m'ont en outre souvent aidé de leurs conseils éclairés. C'est pour moi un grand plaisir que de leur exprimer ici toute ma gratitude.

Les autres recherches bactériologiques ont été faites avec un très grand soin par M. le Dr Roux-Lacroix, qui dirige le laboratoire des Cliniques de l'Hôtel-Dieu, et à qui j'envoie l'expression de toute ma sympathie.

M. le Dr Gros, qui a eu l'occasion d'observer l'année dernière en ville un cas des plus curieux, de la maladie qui nous occupe, m'a présenté son malade et permis de relater complètement son observation, ce dont je lui ai grande reconnaissance.

Que M. le professeur Rauzier qui nous fait le très grand honneur de présider notre thèse, veuille bien recevoir ici le témoignage de notre respectueuse gratitude.

Etude Clinique de la Fièvre de Malte

QUELQUES CAS DE FIEVRE DE MALTE A MARSEILLE

CHAPITRE PREMIER

Définition

La fièvre de Malte est une infection générale de l'organisme causée par le « *micrococcus melitensis* » de Bruce. Elle se caractérise par des attaques successives de fièvre dont l'allure est le plus souvent irrégulière et par des complications multiples qui ne respectent aucun organe. mais atteignent de préférence le système nerveux.

Historique

Cette maladie est loin d'être une nouveauté même en France, où les premiers cas remontent à décembre 1908 (Wurst, Danlos et Tanon).

Elle est connue depuis bien plus longtemps à l'étranger où les recherches des médecins anglais et italiens ont surtout contribué à la vulgariser.

Dès 1859 Marston dissocie du groupe des pyrexies essentielles « la Mediterranean remittent or gastric remittent fever » qu'il considère comme une espèce nosologique distincte. Il en fut d'ailleurs atteint lui-même (army medical reports — 1863). A Malte, elle est étudiée par Boileau en 1865. Chartres 1866. Dr Guila (Il barth Gazetta di Medicina) 1871.

Elle donna lieu ensuite à de grandes discussions entre les médecins italiens qui, n'ayant pas de criterium bactériologique pour la différencier des autres pyrexies spécifiques, la

considéraient soit comme une maladie voisine de la dothienenterie, ou comme un genre de suette miliaire, de typho-paludisme. Quelques-uns enfin (Rummo, Tomaseli), lui donnaient des noms spéciaux, l'appelant « febre infettiva atipica » ou « febre continia epidemica ». Turner l'étudie en 1884 à Gibraltar comme une dothienenterie, en 1889 Mottet démontre cette erreur.

En septembre 1887, Bruce obtient en ensemençant sur agar de la pulpe de rate après la mort, des colonies d'un microbe qu'il étudie et auquel il donne le nom de « micrococcus melitensis ». (Annales de l'Institut Pasteur 1893).

En 1891, Bruce fait la première ponction de rate pendant la vie sur un sujet atteint de fièvre méditerranéenne et obtient des cultures de micrococcus melitensis.

En 1893-97, Gipp et Hugues confirment ces recherches.

Le professeur Wright, de l'école de santé militaire de Netley, découvre que le serum des malades atteints de fièvre de Malte agglutine le micrococcus de Bruce. Il dote ainsi la clinique d'un moyen de diagnostic d'une grande fidélité et d'autant plus précieux qu'il s'agit d'une maladie presque impossible à diagnostiquer d'après les seuls symptômes observés au lit du malade.

La spécificité du microcoque de Bruce est bien établie en 1887, par Birth et Lamb, qui relatent 2 observations où la fièvre de Malte a été transmise à l'homme par inoculation de culture du microbe de Bruce. (Lancet, 1899).

Puis viennent les travaux de Durham 1900, qui inocule avec succès cobayes et lapins par des cultures renforcées par une inoculation intra-cérébrale préalable.

En 1902 Dalton étudie les formes cliniques. Zammit l'étiologie.

Gilmour retire le microbe du sang veineux périphérique.

Zammit et Schaw établissent que le micrococcus meliten-

sis existe dans le sang et ne peut être isolé quand la température est inférieure à 38°.

Signalons en 1903 la thèse très complète de Hayat à laquelle nous ferons de fréquents emprunts. Le travail de Schoull qui donne une excellente étude de la fièvre de Malte.

Manoussos 1903. Nicolle 1904. Carbone 1905, font comme Bruce en 1891 la ponction de la rate sur le vivant, avec un égal succès.

En 1904 une Commission est nommée par la Royal Society de Londres, pour aller étudier à Malte cette maladie. Elle se compose de Horrocks, Shaw, Zammit, Eyre, Bassett-Smith, Kennedy, Clayton, Jonhstone Davis, Culloch, Naught. Les travaux de cette Commisison parus de 1905 à 1907, ont contribué à élucider les questions relatives à la pathogénie de la fièvre de Malte. Ils ont montré le rôle prépondérant joué par les chèvres et leur lait, dans la transmission de la maladie; ils ont décelé la présence du melitensis dans les urines, les poussières, la destruction du germe par l'eau de mer, l'innocuité de l'eau, la contagion possible d'homme à homme, etc.

En Italie il faut signaler les travaux de l'école de Messine (Cantini, Spagniolo, Pollaci, Cannata, Vaccaro).

En Espagne (R. Cajal, Gallart et Ferrau, Durand (de Cottes);

En Grèce (Marakis, Cardomatos, Moanoussos, Bensis).

En Tunisie, le 22 Octobre 1904, Nicolle isole de la rate d'un malade le m. melitensis et apporte ainsi la preuve de la maladie dans ce pays.

Depuis, Nicolle et Triolo, Hayat 1905 ont fait d'importants travaux sur la question.

En 1906, Cardialaguet résume les connaissances sur la fièvre méditerranéenne en Tunisie ».

En Algérie, Legrain et Brault la signalent en 1900.

Gillot, Lemaire apportent le contrôle bactériologique. Scherb, Soulié, Gardon, Souleyre l'étudient ensuite à Alger, Oran, Bougie. Sergent et Bories observent une épidémie dans la région d'Arzew.

France, les deux premières observations remontent à Décembre 1908. Elles sont dues à Danlos, Wurst et Tanon. (2 cas autochtones). Puis des cas importés : G. Weil, Haushalter, Rist, Sicard et Lucas.

A Marseille, en mars et avril 1909, les docteurs Treille et Pagliano ont l'occasion d'observer dans leur service plusieurs cas de fièvre de Malte. Les cas du Dr Pagliano font partie de la statistique publiée dans « le Bulletin de la Société de Pathologie exotique » par MM. Simond, Aubert, Blanchard et Arlo. Ainsi se trouve signalée cette maladie sur le Littoral méditerranéen indemne jusqu'alors. MM. Simond, Aubert, Blanchard et Arlo ont été les premiers en France à isoler du sang d'un malade le m. melitensis. C'était la preuve indispensable à apporter de l'existence de la Fièvre de Malte en France. Ils publient six cas nettement autochtones et trois cas importés. Ils ont l'occasion de faire l'autopsie d'une femme morte subitement au cours d'une fièvre de Malte grave; c'est la première autopsie en France. (Bulletin de la Société de Pathologie Exotique, 21 juillet 1909). Une épidémie se déclare en janvier 1909 dans une petite commune du Gard à Saint Martial, dans la région des Cévennes. Après quelques tâtonnements bien compréhensibles, Aubert, Cantaloube (de Sumène) et Thibault portent le diagnostic vérifié par un contrôle bactériologique rigoureux et étudient avec un très grand soin cette épidémie, soumettant hommes et animaux à de nombreux examens bactériologiques. Ils y ont démontré l'importance étiologique d'une épizootie caprine, concommittante, ainsi que le rôle possible d'autres animaux comme le mouton et le lapin dans la transmission de la

maladie. Cantaloube analyse soigneusement les symptômes observés et insiste sur les formes ambulatoires, formes à symptômes atténués. Sur une population de 639 habitants, il a enregistré 106 cas ayant entraîné 6 décès.

Le 4 décembre 1909 un cas de Guillain et Troisier. Il s'agit d'un malade venu de Provence et tombé malade à Paris.

Gouget, Agasse, Lafont et R. Weil présentent le 10 décembre 1909 un malade de 40 ans, garçon boucher, atteint de cette maladie. Le cas paraît nettement autochtone.

Le 27 décembre, J. Auclair et P. Braun relatent à l'académie des Sciences, deux cas de Fièvre de Malte, chez deux garçons bouchers de la Villette.

Lagriffoul, Arnal et R. Roger ont observé, en 1909 à Saint-Bauzille de Montmel (Hérault) une petite épidémie de la maladie qui nous occupe (25 cas sur 377 habitants). Ils concluent dans leur communication à la Société de Biologie du 14 janvier 1910 :

a) A la fréquence relative de la fièvre de Malte en France.

b) A l'irrégularité de sa symptomatologie clinique, ainsi qu'à son association fréquente avec la dothienentérie.

c) A la bénignité du pronostic.

d) Au rôle joué dans la propagation de la maladie par les chèvres et les brebis.

e) A la nécessité de mesures prophylactiques en France.

Henri-Roger publie dans la Gazette des Hôpitaux (22-29 janvier 1910) une remarquable étude de la Fièvre de Malte.

Dans la Semaine Médicale (1910, n° 3, p. 119), Lagriffoul, Roger, Mestrezat donnent le résultat de leurs recherches sur la composition du liquide céphalo-rachidien et signalent sa teneur élevée en sucre. Le professeur Rauzier (Province Médicale, 12 mars 1910) présente deux cas de

Fièvre de Malte et donne un aperçu d'ensemble de la maladie.

Le profeseur Wurtz publie dans le *Monde Médical* (15 avril 1910) une leçon clinique.

M^me^ Gaussel (Société des Sciences Médicales de Montpellier (avril 1910) communique un cas de fièvre de Malte ambulatoire évoluant depuis une année.

Depuis que les cas dont nous avons parlé ont été signalés à Marseille, on n'a cessé d'en découvrir de nouveaux en ville et à l'Hôpital.

Le D^r^ Gros publie l'observation que nous reproduisons (Obs. II) dans le *Marseille Médical* du 15 mars 1910.

Le professeur Boinet relate six observations dans le *Marseille Médical* du 15 avril 1910. Nous avons récemment étudié un cas que nous rapportons, dans le service du professeur Laget. Actuellement plusieurs malades sont en cours de traitement à l'hôpital de la Conception, dans les services des D^rs^ Pagliano et Bidon. (D^r^ Pagliano, *Marseille Médical* 1^er^ avril. La fièvre de Malte à Marseille). On voit par là que la fièvre de Malte est fréquente à Marseille. Il suffit d'examiner le sang de tous les fébricitants pour lesquels le diagnostic n'est pas posé d'une façon nette pour en découvrir un certain nombre de cas.

Le plus grand nombre de ces cas coïncide avec la saison printanière (mars, avril, mai) ; ce qui est signalé par la plupart des auteurs.

Les formes observées sont des formes longues en général.

A.D.D. — Carrieu, Lagriffoul et Bousquet publient une autopsie le 16 avril 1910 (Société de Biologie) Cf Presse Médicale 20 avril 1910.

CHAPITRE II

La fièvre de Malte, nous l'avons dit, est une maladie endémique spécifique due au micrococus melitensis de Bruce, d'une longue durée, caractérisée par une série de rechutes fébriles ondulatoires et accompagnée de sueurs, de névralgies, de pseudo-rhumatisme. La rate est augmentée de volume. A l'autopsie on trouve les plaques de Payer intactes.

Le micro-organisme se rencontre dans la rate sur l'individu vivant, et après la mort dans les tissus des principaux organes.

C'est une véritable septicémie due au m. melitensis et à ses toxines, à telle enseigne que certains ont voulu lui donner le nom de septicémie de Bruce, avec raison, quoiqu'il vaille mieux lui conserver le nom de Fièvre de Malte consacré par l'usage et qui rappelle son berceau d'origine.

« C'est bien là une infection générale, nous dit Bassett-Smith (1) on trouve en effet l'organisme dans le sang en circulation, dans la rate de l'homme vivant. De même que pour le gonocoque ou le pneumocoque on trouve parfois à l'autopsie des lésions ulcéreuses de l'endocarde. Chez certains malades des tumeurs fluctuantes, de véritables abcès ont donné issue à un liquide trouble d'où on a pu isoler le microbe spécifique.

Le microbe peut rester de longs mois latent dans l'organisme prêt à la moindre cause d'affaiblissement, diminution du pouvoir phagocytaire des leucocytes ou bactéricide du sérum, à donner naissance à de nouveaux accès de fièvre.

Il s'ensuit dans les cas prolongés une longue intoxication chronique qui fait sentir surtout ses effets sur le système ner-

(1) Notes de Pathologie sur la fièvre de Malte Janvier 1908.

veux, donnant des névralgies tenaces, des paralysies, et sur l'organisme tout entier amenant de l'anémie, une véritable cachexie. L'action toxique sur le cœur est mise en évidence par la tachycardie fréquente, les palpitations, parfois une défaillance cardiaque mortelle dans les cas graves ».

La symptomalogie de cette affection est essentiellement variable, c'est une maladie protéiforme, aucun de ses symptômes n'est absolument constant, si ce n'est la fièvre et même dans certains cas (formes ambulatoires de Shaw), celle-ci est-elle difficile à dépister. Il n'existe pas un faisceau de symptômes assez constants pour être observés dans la plupart des cas.

Elle simule parfois à s'y méprendre la fièvre typhoïde : dont elle peut avoir même les taches rosées; le paludisme : dont elle a parfois la fièvre intermittente, toujours la grosse rate. Tantôt on a devant les yeux un malade amaigri et fébricitant dont la courbe fébrile affecte des allures d'hecticité, qui transpire abondamment la nuit, dont les poumons montrent des râles de bronchite, de l'obscurité, de la matité aux sommets. Il est dans ces cas là bien difficile de ne pas songer à la tuberculose. C'est d'autres fois à la grippe, au pseudo-rhumatisme qu'on aura pensé si le malade a des névralgies ou des complications articulaires. Souvent la fièvre éveille l'idée d'une suppuration dont on chercherait en vain la localisation.

Ajoutons à cela que les associations avec la fièvre typhoïde (Rauzier, Gardon, Lagriffoul, Arnal et Roger, Boinet) ; avec la tuberculose, le paludisme (Craig, Niclot (1) ne sont pas rares, ce qui vient encore compliquer le diagnostic.

Aussi surtout au début est-il à peu près impossible d'affirmer l'existence de cette affection, d'après la seule observation clinique et est-il nécessaire d'avoir recours à la séro-

(1) Niclot soc. méd. des Hôpitaux de Lyon. Décembre 1906.

réaction de Wright qui heureusement est à peu près spécifique et d'une très grande fidélité.

« Ce n'est pas comme le dit Cantaloube (1) qu'on puisse refuser une certaine uniformité clinique à cette maladie, car à la période d'état surtout, la notion de ses symptômes cardinaux : fièvre ondulante, sueurs, troubles intestinaux, asthénie, doit y faire penser. Mais l'absence d'un seul de ces symptômes laisserait à cette période d'état une physionomie clinique banale et de diagnostic difficile. Les localisations si variées et si disparates qu'elle offre, passent souvent au premier plan et voilent cette uniformité classique. »

Nous prendrons comme type de description la forme commune (?) de la fièvre de Malte, c'est la forme ondulante de Hugues, la forme à symptômes de Nicolle et Triolo, qui s'impose comme une maladie véritable et qu'il convient de différentier nettement des formes atténuées, ou au contraire plus graves.

Après une *période d'incubation* qui peut varier entre trois jours et un mois ou peut-être plus (inoculations de laboratoire 15 et 16 jours. Birt et Lamb) (un mois dans le malade de l'obs. Dr Gros), la maladie débute par une série de prodromes, malaises et troubles variés qu'elle a de communs avec un grand nombre de maladies infectieuses, la typhoïde notamment. Le malade se plaint de céphalée, d'anorexie, de courbature généralisée, de faiblesse, d'insomnie, d'impression au froid. La langue est saburrale, le creux épigastrique douloureux, il y a de la constipation, souvent des épitaxis. Le malade « sent » un peu de fièvre le soir, il a parfois quelques petits frissons, suivis d'une sensation de chaleur. Des sueurs se montrent assez tard dans la nuit, les premiers temps elles sont assez irrégulières, ne surviennent pas tous les jours, sont souvent peu abondantes.

Ces malades chez lesquels l'installation de la maladie se

fait progressivement et sans bruit, passent ainsi sans qu'on s'en doute d'une forme ambulatoire à une forme franche à symptômes plus bruyants. Ils restent une partie de la journée debout, mangent, travaillent fort irrégulièrement jusqu'au moment où la fièvre les prend sur les 4 ou 5 heures dans l'après-midi jusqu'au matin. Le début peut d'ailleurs être brusque dans quelques cas et surprendre le malade en pleine santé.

Cette période prodromique (8 jours en moyenne), qui est fort variable en durée nous conduit à la *période d'état* par l'accentuation progressive de ces symptômes.

Le malade arrive à l'hôpital avec une température élevée en général, 40°, qui cède assez volontiers les premiers jours, dans les formes bénignes, pour remonter d'ailleurs dans la suite. Le malade se plaint d'une céphalée assez violente, il est faible. Sa langue est saburrale, rouge sur la pointe et les bords. La rate grosse. Si l'asthénie est la règle, le typhos n'existe pas, le malade répond bien aux questions qu'on lui pose, en général, rit et cause volontiers malgré sa fièvre. La constipation et les sueurs persistent, celles-ci en général abondantes.

L'auscultation du poumon montre des signes de bronchite et de la congestion des bases. La respiration est parfois pénible au début, il peut y avoir des râles crépitants disséminés (Bruce).

Du côté du cœur un peu d'éréthisme fébrile, plutôt de la bradycardie, de l'hypotension.

Après une période variable (2 à 5 semaines), la température descend en lysis jusqu'aux environs de la normale; elle s'élève peu le soir, le patient se sent mieux, demande à manger et à sortir. Mais on remarque que la langue ne s'est pas dépouillée, que si la température est tombée à la normale il n'y a pas cette hypothermie franche et durable qui dans

le décours des pyrexies est le critérium de la guérison prochaine.

Et en effet après un ou plusieurs jours d'apyrexie il se produit une rechute en tout semblable à la première atteinte, mais souvent plus courte et moins grave. Elle disparaît à son tour, mais elle peut être suivie d'autres attaques de fièvre, séparées par des périodes d'apyrexie. Chaque poussée fébrile comprend une période d'ascension progressive, un plateau et une descente en lysis, elle forme une onde. L'ensemble de la courbe thermique figure donc une série d'ondulations successives qui ont fait donner par Hugues à la maladie qui nous occupe le nom de fièvre ondulante; à la longue, l'anémie et l'amaigrissement peuvent devenir extrêmes.

Des complications que nous étudierons plus loin ont pu faire leur apparition, ce sont surtout des névralgies et des arthralgies dont le principal caractère est la fugacité.

La convalescence s'établit, car la guérison dans ces cas est la règle, et le malade auquel l'appétit est revenu, engraisse, l'anémie disparaît. Cette convalescence peut tarder beaucoup à venir, traîner, le malade rester sujet pendant des mois à des douleurs névralgiques, à du gonflement articulaire, à des névralgies, à une orchite légère (Hugues).

La durée des ondes fébriles est de 10 jours en moyenne.

Le nombre de rechutes, de 1 à 7.

La durée de la maladie varie de 6 semaines à 6 et 9 mois (Eyre), on voit des cas où elle dépasse 2 ans et 3 ans (Eyre).

A. — Etude des principaux Symptômes

La Fièvre. — Parmi les symptômes les plus importants que nous allons successivement passer en revue et étudier d'une façon détaillée, la fièvre est souvent le seul présent. Parfois même est-elle bien difficile à dépister (dans les formes ambulatoires). C'est à peine quelquefois, si la tem-

pérature montre quelques ascensions à 38°, 38°5. (Cantaloube).

Les caractères principaux de cette fièvre sont sa variabilité, son manque d'unité et de règle, sa longue persistance et aussi la tendance, signalée par tous les auteurs, mais qui manque bien souvent, qu'à la courbe de figurer une série d'ondulations successives.

« La courbe thermique est surtout frappante par son « irrégularité. Dans la majorité des cas, la fièvre de Méditer- « ranée a le type continu, les différences entre la tempéra- « ture du matin et du soir n'atteignant pas un degré; parfois « au contraire elle prend le caractère rémittent et intermit- « tent, atteignant 40° le soir ou inversement. Dans certains « cas enfin, la courbe n'a plus aucun caractère; la tempéra- « ture est folle, oscillant entre 36°5 et 39° sans la moindre « raison, et aucune apparence même de régularité, variant du « jour au lendemain ou même d'une heure à l'autre de façon « à dérouter toute interprétation clinique ». (Schoull).

L'ondulation de cette courbe n'est pas toujours extrêmement nette et c'est parfois avec peine que l'on découvre son allure générale parmi tous les caprices de la flèvre. Il faut dans ce cas la regarder en gros et d'un peu loin sans se préoccuper de ses détails, pour y découvrir cet aspect particulier.

Au début d'une onde la température monte progressivement, pour atteindre un plateau d'oscillations entre 37°5 et 38°5 par exemple. Au bout de quelques jours elle redescend en lysis pour retomber à la normale mais rarement au-dessous sauf au moment où la convalescence va s'établir.

Ces ondes successives sont séparées par des périodes d'apyrexie.

Dans la journée l'ascension thermique débute vers la fin de la matinée, atteint son maximum sur les 6 heures du soir et prend fin entre une et quatre heures du matin.

Elle est marquée à son début par de petits frissons, rarement bien accentués, par un malaise vague ou quelques sueurs. Mais c'est surtout à la fin de l'accès et dans la seconde partie de la nuit que celles-ci se montrent abondantes en général, profuses quelquefois.

Les sueurs constituent un bon symptôme de la maladie et il paraît probable qu'elles favorisent les complications névralgiques, pseudo-rhumatismales, ou pulmonaires par le refroidissement intense auxquels elles exposent le malade.

Elles sont plus constantes au début et à la fin de la période d'invasion.

Elles surviennent dans la seconde partie de la nuit au moment de la rémission de la température et seraient d'autant plus abondantes que la rémission serait elle-même plus marquée (Hayat).

Leur durée est environ de 1 à 2 heures.

Souvent très abondantes, elles obligent le malade à changer plusieurs fois sa chemise dans le cours de la nuit. Elles mouillent parfois tout son lit.

Tomaselli et Hugues leur trouvent une odeur spéciale de paille putréfiée que Schoull n'a pas retrouvée.

Du côté de l'appareil digestif:

La langue très saburrale en son milieu, épaisse et recouverte d'un enduit jaunâtre, est rose et humide sur la pointe et les bords. Elle est étalée en général et non pointue comme dans la fièvre typhoïde. Nous n'avons pas constaté dans nos observations qu'elle portât l'empreinte des dents.

L'haleine est fétide. Le pharynx et les amygdales sont plus ou moins congestionnées. L'adénopathie des ganglions cervicaux et sous-maxillaires se voit parfois.

Les nausées sont fréquentes au début, accompagnées quelquefois de vomissements.

L'appétit au début d'une attaque est pauvre et capricieux dit Eyre, disparaît à la période d'état, pour reparaître au décours de la maladie où l'on voit rarement la boulimie des typhiques.

La douleur spontanée ou à la pression du creux épigastrique se rencontre dans beaucoup de cas. Elle paraît être en relation avec les troubles gastriques et les lésions de la muqueuse de l'estomac. (Marston 1863).

La constipation est la règle au moins dans les cas de moyenne intensité, surtout à la période d'état : 81 pour cent. La diarrhée a été signalée dans les cas graves. Au début, les selles sont souvent normales. Dans le cours de la maladie la constipation devient opiniâtre, les purgatifs sont impuissants et des lavages nécessaires ramènent des matières dures, d'odeur fétide.

La rate toujours augmentée de volume, toujours décelable à la percussion, est quelquefois palpable au-dessous du rebord costal et douloureuse.

Elle est parfois le siège de douleurs spontanées survenant par accès, surtout la nuit. (Schoull).

Le foie moins hypertrophié est cependant engorgé mais dépasse rarement le rebord costal.

Enfin on ne trouve pas de douleurs dans la fosse iliaque droite, la fosse iliaque gauche peut être quelquefois sensible à cause du voisinage de la rate.

On n'observe que très rarement des taches rosées.

Du côté *du système nerveux*, un des symptômes les plus constants est l'asthénie, la faiblesse extrême dont se plaignent tous les malades et dans toutes les formes de la maladie. Cette asthénie s'accompagne de courbature généralisée, de douleurs lombaires. Mais cette asthénie ne resssemble en rien à la prostration ds typhiques, l'intelligence est conservée

intacte, le malade cause et rit volontiers, quelquefois avec une fièvre de 40°. Il y a parfois de l'insomnie, un peu de délire nocturne.

Ce n'est qu'à la longue que l'on peut remarquer de la faiblesse mentale, de la paresse intellectuelle (Eyre Schoull) de la céphalée persistante, de la prostration, séquelles fréquentes et qui marquent l'atteinte du système nerveux central par la maladie.

Les névralgies de tout ordre apparues soudainement, disparaissent en général très vite, mais peuvent persister pendant la convalescence. Elles paraissent dues à l'irritation des nerfs périphériques par les toxines du micrococcus melitensis. Les plus fréquentes sont les névralgies intercostales et sciatiques.

Les réflexes cutanés et profonds sont ordinairement exagérés (Eyre). Sur les trajets des nerfs atteints on trouve des zones d'hyperesthésie.

Des troubles médullaires se rencontrent parfois (Rauzier) du tremblement.

Le contrôle des sphincters peut être aboli.

On rencontre des myalgies dans les muscles de la cuisse, de la nuque surtout.

Des douleurs osseuses quelquefois au niveau du trochanter avec periostite (Rauzier) des ischions, à l'épine iliaque (Gouget, Agasse, Lafont et Weil).

D'après les recherches de Lagriffoul, Roger et Mestrezat au cours de leur enquête dans l'Hérault *le liquide céphalo-rachidien* est caractérisé par sa teneur élevée en sucre. A part cette modification il paraît normal au point de vue chimique et cytologique. Dans certains cas cependant sa composition est modifiée; on note de l'abaissement du chiffre des chlorures. Sa couleur aussi, il y a de la xanthocromie. Sa formule cytologique, lymphocytose en rapport avec la sympto-

matologie méningée présentée par les malades. Conformément à une loi générale le liquide est dénué de tout pouvoir agglutinant vis-à-vis du micrococcus melitensis. (Presse médicale 1910, p. 36 et 119).

Du côté de l'*appareil locomoteur* les arthralgies sont fréquentes. Elles vont de l'arthralgie simple au gonflement rhumatoïde des articulations, à de véritables arthrites aiguës. Ces arthrites passent rarement à la suppuration. Comme les autres complications pulmonaires, névralgiques leurs caractères sont la soudaineté de l'apparition, la fugacité, l'allure erratique, la bénignité de leur pronostic. Les grandes articulations des membres, plus rarement les petites deviennent tour à tour, parfois simultanément, rouges, gonflées, douloureuses, comme dans le rhumatisme aigu; le genou est atteint le plus souvent, puis le poignet, l'épaule. (Bruce). Ces manifestations cèdent en général au bout de quelques jours. On a signalé la fréquence au début de l'arthralgie sacro-iliaque.

Parfois des téno-synovites avec épanchement au cou-de-pied et au poignet (Eyre).

Les troubles sont fréquents du côté des *poumons*.

Il faut tout d'abord insister sur la fugacité de ces symptômes pulmonaires. On observera un jour du souffle qui aura disparu le lendemain, de la congestion du sommet ou des bases, celle-ci plus fréquente, de l'obscurité respiratoire. Tout cela est variable, erratique. Une bronchite légère paraît être la règle. Le malade toussote et comme il est amaigri et fébricitant, qu'il a des sueurs nocturnes, il est difficile dans ce cas de ne pas songer à la tuberculose. Un examen des crachats est nécessaire. Mais c'est surtout l'évolution des symptômes qui fera écarter ce diagnostic.

Le cœur rarement touché dans sa fibre sauf dans les cas graves et compliqués, présente au début un peu d'éréthisme.

Le pouls est plein et ferme entre 80, 95. On a signalé la dissociation du pouls et de la température. (Hugues, Lagriffoul et Roger), le pouls se maintenant fréquent avec des températures basses. Les troubles nerveux : palpitations, arythmie ne sont pas rares, à la moindre cause. Le malade de l'obs. 1 a présenté de l'instabilité cardiaque; il est vrai que la maladie s'était compliquée chez lui d'une broncho-pneumonie avec défaillance passagère du myocarde. Le pouls chez ce malade est resté lent pendant la période d'apyrexie.

La rapidité du pouls persistant à une période apyrétique doit faire craindre le retour de la fièvre. (Funaro).

Nous avons observé du dicrotisme.

On peut déceler dans le sang le m. melitensis et obtenir des cultures. Nicolle, Aubert, Blanchard et Arlo, Gouget, Agasse, Lafond et Weil, ont obtenu des hémocultures et apporté ainsi la preuve incontestable de l'existence de la maladie dans nos pays. L'action sur le muscle du cœur paraît être produite par l'action directe du m. melitensis et de ses toxines en circulation dans le sang.

Celui-ci montre de l'anémie qui est un signe constant et persistant. On peut trouver moins de 2.800.000 globules rouges. L'hémoglobine est réduite aussi mais hors de proportion avec les globules, ce qui fait que l'index globulaire tombe avec elle. (Eyre).

Quoiqu'il y ait souvent une vraie leucopénie, les leucocytes sont relativement et quelquefois absolument augmentés (Eyre-Borie). Cette leucopénie serait plus fréquente (Roger) que ne l'admettent ces auteurs. Cardialaguet, Nicolle et d'autres signalent une mononucléose intense jusqu'à 80 %. C'est le cas de rapporter la réflexion de Bassett-Smith : « il faut toujours se souvenir en traitant une fièvre de Malte que le microbe est toujours dans le sang pendant la durée de la maladie, qu'il est très virulent et que les leucoytes pro-

tecteurs sont très diminués en nombre et en pouvoir phagocytaire. »

Troubles de l'appareil uro-génital. — Le m. melitensis n'aime pas le rein (Cantaloube). L'albuminurie est légère, pas constante, les néphrites rares. Cependant Schoull décrit dans les cas sérieux de véritables néphrites aiguës, avec accidents urémiques (crises convulsives, œdèmes pulmonaires, états semi-comateux, micro ou anurie). Ces accidents doivent être heureusement très rares si l'on en juge par les autres auteurs. En somme si l'urine montre assez souvent quelques traces d'albumine, le rein est en général respecté. Dans la plupart des cas chroniques l'urine est normale (Eyre). Sa quantité est diminuée en raison même de l'abondance des sueurs.

L'érethisme génital, le priapisme avec tendance à la masturbation seraient fréquents d'après Eyre.

L'orchite fréquente (1/5 des cas de Cantaloube) mérite de prendre place dans la symptomalogie d'après cet auteur. Elle est ordinairement bénigne.

Chez la femme on note du catarrhe vaginal, des troubles de la menstruation, l'aménorhée serait fréquente même dans les intervalles d'apyrexie. Dysmenhorrée, avortements rares. Ovaralogie (Durand de Cottes).

D'après Schoull on observerait de l'atonie génitale consécutive aux cas prolongés.

Peau et annexes. — La peau de ces malades est fréquemment recouverte de sudamina, de furoncles. Au début des érythèmes, des rash variés : rubéoliques, scarlatiniformes apparaissent parfois. A la convalescence apparaît souvent une desquamation à larges squames comme celle de la scarlatine, aux mains et aux pieds, furfuracée sur le reste du corps. Nous avons observé cette dernière sur deux malades. Cantaloube l'a notée 4 fois sur 5. A la même période, chute

des cheveux surtout chez la femme (Cantaloube); ceux-ci repoussent partiellement (Eyre), ils deviennent cassants et plus clairs, ils peuvent blanchir. (Obs. II).

Cantaloube a noté de la bouffissure du visage, un œdème dépressible, parfois généralisé ou limité aux malléoles.

Les taches rosées manquent ordinairement. Cependant Hayat, Gouget, Agasse, Lafont et Weil en ont trouvé de caractéristiques, mais en petit nombre.

« En résumé les symptômes les plus fréquents sont : la « fièvre avec ralentissement du pouls, les sueurs, la sensibi- « lité épigastrique, la constipation, l'hypertrophie légère du « foie, les phénomènes douloureux (arthralgies ou névral- « gies), la bronchite, l'anémie, (Roger) ». Ajoutons-y l'augmentation du volume de la rate.

Analyse des symptômes cliniques (d'après Eyre)

Statistique sur 1.000 cas

Fièvre. —	Pyrexie continue.....	26 %
—	Intermittente	14 »
—	Remittente	58 »
—	Hyperpyrexie	2 »
Peau. —	Taches purpuriques.....	2 »
—	Sueurs critiques	31 »
—	Chute des cheveux.....	1 »
—	Changement de couleur des cheveux	1 »
Syst. circulatoire. —	Anémie (teint couleur de cire).....	30 »
	Œdème des extrémités..	2 »
	Epistaxis	6 »
	Péricardite	0,5
	Endocardite	5 »
	Souffles cardiaques	5 »

	Pulsations douloureuses des grosses artères	3,5	
	Palpitations	2	»
Syst. nerveux. —	Exagération des réflexes	2	»
	Hyperesthésie	6	»
	Maux de tête	54	»
	Insomnie	9	»
	Délire	6	»
	Perte de la mémoire	2	»
	Névrites périphériques	52	»
	Névr. des n. spéciaux	42	»
	Névralgies intercostales	14	»
	Paralysies	1	»
Syst. digestif. —	Constipation	32	»
	Diarrhée	8	»
	Vomissements	9	»
	Anorexie	13	»
Syst. respiratoire. —	Pleurésie	2	»
	Pneumonie	3	»
	Broncho-pneumonie	2	»
	Bronchite	12	»
Syi. urinaire. —	Rétention d'urine	1	»
	Hématurie	0,5	
	Albuminurie	8	»
Métastates. —	Abcès	5	»
	Orchiepididymite	8	»
	Parotidite	1	»
	Arthrites et teno-synovites	21	»
Viscères. —	Splénomégalie	51	»
	Hépatomégalie	8	»

B. *Complications.* — La fièvre de Malte est une des

maladies les plus fertiles en complications qui soit. Il n'y a pas d'appareil qu'elle n'intéresse, peut-être pas d'organe qu'elle ne puisse atteindre. C'est la maladie *touche-à-tout* de Cantaloube.

Mais il est difficile de faire un juste départ entre certains symptômes et les véritables complications. C'est ainsi, que la bronchite, les névralgies et arthralgies, l'orchite, doivent être citées avec les symptômes, car elles contribuent à donner sa physionomie clinique à la maladie. Cantaloube étudie à la fois symptômes et complications dans les divers appareils sous le nom de localisations de la maladie.

Les symptômes *gastro-intestinaux* que nous avons décrits, peuvent prendre par leur acuité une grande importance. Des nausées au début, puis des vomissements incessants apparaissent. La douleur épigastrique est intense. L'alimentation même liquide est impossible. Pagliano a noté une fois de la sialorrhée très abondante.

La diarrhée est signalée par tous les auteurs dans les cas graves, elle fait place à la constipation du début, peut devenir très intense s'accompagner de ténesme.

L'hémorraghie intestinale a été signalée par Modinos (3 cas) surtout à la fin du premier septennaire elle n'a pas influencé la température et paraît diminuer la durée de la maladie (1). Elle a été observée à une époque plus éloignée du début par Lagriffoul, Arnal et Roger; mais elle est exceptionnelle.

« Du côté du foie, la présence du microbe dans cet « organe, son augmentation de volume, sa congestion et sa « friabilité constatée aux autopsies, expliquent amplement « son fonctionnement défectueux: aussi le subictère consti- « tue-t-il plutôt une manifestation symptomatique qu'une

(1) Presse Médicale — 6 nov. 1909.

« complication de la maladie ». (Schoull). L'ictère franc est rare.

Dans les cas aigus la langue peut être rôtie, rouge, comme vernissée, sèche. La sécheresse de la muqueuse buccale et du pharynx, l'hypertrophie des amygdales gênent peaucoup le malade, amènent une soif vive de la dysphagie.

Certains auteurs ont trouvé la rate énorme. (Manoussos, Cantaloube). Elle peut descendre jusqu'à la crête iliaque (Durand de Cottes).

Il paraît y avoir parfois une véritable réaction péritonéale comme dans les cas signalés par Gardon, par Cochez et Lemaire. Ceux-ci ont opéré une femme qui présentait les signes d'une obstruction intestinale et qui n'avait qu'une fièvre de Malte (Roger).

Enfin si la maladie se prolonge, la tuberculose peut se développer.

Les complications du côté « *de l'appareil broncho-pulmonaire* » sont fréquentes. Si un peu de bronchite et de congestion des bases sont la règle on rencontre fréquemment et surtout la broncho-pneumonie, la pneumonie. Fiorentini a décelé le m. melitensis dans les crachats. C'est à ces complications que succombent la plupart des malades. surtout ceux chez lesquels des lésions cardiaques antérieures aggravent encore le pronostic. (Hugues).

Des épanchements pleurétiques ont été signalés par Eyre, de la pleurite par Cantaloube.

Dans presque tous les cas graves on note des « troubles cardiaques » sur lesquels les auteurs anglais ont particulièrement insisté. Dans les cas malins, la stase pulmonaire augmente considérablement le travail du myoarde, le pouls devient rapide, petit filiforme intermittent avant que le cœur ne défaille complètement. (Hugues). Basset-Smith a remontré un cas compliqué d'endocardite infectieuse. Il a

trouvé à l'autopsie des ulcérations de l'endocarde. Eyre signale des endocardites, des péricardites; il insiste sur la gravité des complications cardiaques. Beaucoup de cas de mort sont dues au fléchissement du cœur. Schoull fait remarquer que la fièvre de Malte imprime le plus souvent une poussée aiguë aux affections cardiaques antérieures. Cantaloube n'a cependant rencontré ni souffles, ni myocardites. Il signale du côté des vaisseaux, les epistaxis qui, assez fréquentes au début, peuvent nécessiter un tamponnement (3 cas).

La Phlegmatia alba dolens (1 cas) est signalée par Schoull. Des Métrorraghies, des uréthrorragies à la suite de coït, du purpura, par Cantaloube.

Le système nerveux est toujours peu ou prou atteint, nous l'avons vu, même dans les cas subaigus et non compliqués. Cantaloube a noté quatre cas de coma suivi de mort, le syndrome méningé dans deux cas, du délire calme, parfois furieux, de la céphalée devenant intense et persistante, marquant l'atteinte profonde du système nerveux central. Dans les cas graves on peut observer une prostration complète pseudo-typhique, du délire et la mort dans le coma.

Les névrites de toutes les formes et toutes les localisations portant surtout sur les nerfs sciatique, crural, circonflexe, péronier, intercostaux; les paralysies plus ou moins complètes de certains groupes de muscles, se voient quelquefois.

Hugues a noté une douleur localisée à la région plantaire avec hyperesthésie. Cette hypesesthésie a été signalée aussi dans la dothienentérie : Bensis décrit une douleur rhumatoïde qui frappe la cage thoracique en entier, et condamne le malade à l'immobilité absolue pendant plusieurs jours. Le malade est figé dans son lit par la douleur, il redoute la toux, l'éternuement, le moindre mouvement qui

exaspère sa douleur. Eyre parle aussi de ces névralgies qui immobilisent complètement les malades.

Nous avons fait remarquer dans la symptomalogie la fréquence des troubles signalés dans « *l'appareil locomoteur* ». Si les phénomènes articulaires se bornent la plupart du temps à des arthralgies avec gonflement et douleur, il n'est pas rare de trouver des épanchements dans les jointures, particulièrement dans l'épaule et le genou. Gilmour, Kennedy ont isolé du liquide le m. melitensis.

Ces arthrites passent quelquefois à la suppuration; fréquentes dans les petites articulations du sternum avec les côtes; on a isolé du pus le m. melitensis. (Eyre, Bassett-Smith). De même pour les gaînes tendineuses, l'inflammation peut aller de la synovite séreuse à l'épanchement purulent. On observe aussi des ostéites, des périostites.

« *Les reins* » en général indemnes nous l'avons vu, peuvent cependant être touchés dans les cas graves, de la néphrite aiguë se montre, avec des températures très élevées en général (Eyre). L'urine est alors diminuée, haute en couleur, riche en acide urique et en urates, quelquefois en albumine. Schoull a décrit de véritables crises d'urémie aiguë, et Hayat se demande si dans ces cas il ne s'agissait pas d'anciens brightiques. En tout cas les complications rénales ne paraissent pas fréquentes. On a noté (Bensis) l'abaissement du taux de l'urée et l'urobilinurie attribuée à l'insuffisance hépatique. Ce même auteur a trouvé la diazo-réaction fréquemment positive. La rétention d'urine est rare. L'hématurie de même.

Du côté de « *l'appareil génital.* — L'orchite est une complication très fréquente. Elle s'est montrée 25 fois sur 118 malades hommes de Cantaloube. C'est elle qui l'a mis sur la voie du diagnostic. Elle est douloureuse mais ordinairement bénigne. C'est plutôt une orchi-épididymite. Elle s'est

trouvée bilatérale une fois sur deux (Cantaloube), une fois sur quatre (Eyre). Celui-ci l'a observé dans 8 % des cas. Elle guérit bien, ne laisse pas après elle d'atrophie testiculaire. Rarement elle suppure.

Chez la femme les troubles de la menstruation sont peu fréquents, la grossesse rarement interrompue (un cas d'avortement Pagliano) par la maladie; la lactation quelquefois. (Scherb).

D'après Schoull dans les formes prolongées il y a diminution du sens génésique. D'autres auteurs admettent qu'il n'y a chez l'homme ou la femme ni impuissance ni stérilité.

Du côté des *organes des sens*, Cantaloube a noté la diminution de l'acuité visuelle et de l'acuité auditive dans les formes prolongées; de l'otalgie, de l'otite suppurée.

La peau dans les formes à longue durée prend une teinte terreuse, il y a un certain degré de brouzage de la peau comme dans la fièvre typhoïde mais qui ne rappelle en rien celui du paludisme (Hugues). C'est le *facies méditerranéen*. La desquamation qui apparaît vers la quatrième semaine (Hugues) est un phénomène assez fréquent. Furfuracée sur le corps, elle se fait en larges squames aux extrémités.

Les cheveux, les ongles peuvent tomber, ceux-ci deviennent parfois, cannelés, friables (Shaw). On a observé de la canitie.

Des éruptions se montrent rarement; en rash quelquefois peuvent alors faire errer le diagnostic (scarlatiniformes, rubéoliques, simulant l'exanthème typhique). Des érythèmes papuleux (Manoussos, Brault). Les sudamina, les furoncles sont très fréquents.

Des taches rosées ont été trouvées par quelques auteurs en dehors des cas associés à la dothienenterie. Des abcès sous-

cutanés se montrent. Schoull les considèrent comme de véritables abcès de fixation.

— Enfin n'oublions pas comme complication sérieuse l'*hyperthermie* d'autant plus grave que les antithermiques n'ont aucune action sur elle. Au contraire la plupart des médecins qui ont traité des fièvres de Malte sont d'accord pour affirmer le peu d'action des antithermiques et souvent leur danger.

CHAPITRE III

Formes Cliniques

Hugues décrit trois formes de la maladie :

1° *Le type malin* dont le début est soudain avec une t° 42° — 42°5 de la céphalée, des douleurs violentes et généralisées, des nausées, des vomissements. Il y a de la congestion des bases à forme pneumonique et même de l'hépatisation lobulaire. Les selles sont fétides, on observe de la diarrhée. Le pouls est mou, intermittent. Etat typhique avec prostration, délire et mort par asystolie, hyperpyrexie ou pneumonie. Ces cas sont rares. La mort peut survenir aussi par syncope, asthénie extrême, épanchement péricardique ou phtisie intercurrente. Il ne faut pas oublier que des cas primitivement bénins peuvent s'aggraver et évoluer secondairement comme ces formes graves d'emblée.

2° *Le type ondulant*, composé d'accès intermittents de fièvre remittente (*intermittent waves of remittent pyrexia*). C'est la forme que nous avons prise comme type de description.

3° *Le type intermittent.* — La température est quotidiennement intermittente, elle ressemble à la fièvre hectique. Il y a aussi une tendance à la formation d'ondes. Cette forme est en général de plus courte durée que la forme ondulante, les complications ont un caractère plus bénin. L'état du malade est longtemps stationnaire. La température pas très élevée et les sueurs sont souvent les seuls symptômes. Le malade qui se sent bien dans la journée demande à sortir et à s'alimenter. Ce n'est que dans l'après-midi qu'il ressent un léger malaise. Ces cas suivent leur cours malgré tous les remèdes, puis semblent disparaître spontanément.

Entre les types ondulatoires et intermittents, dit Hugues, toutes les variétés de courbes peuvent s'observer et se mélanger. — Mais il y a toujours une tendance à la formation d'ondes si la température est soigneusement enregistrée.

On voit que c'est suivant le type fébrile que Hugues a distingué les formes cliniques de la fièvre de Malte.

Birt et Lamb ont divisé ses formes d'après l'acuité des symptômes :

1° Cas mortels aigus à dénouement rapide.

2° Cas mortels aigus à dénouement plus tardif.

3° Cas aigus de durée courte qui guérissent sans rechute.

4° Cas à début aigu, passant à l'état subaigu ou chronique, après de nombreuse rechutes et des complications.

Niolle et Triolo étudient :

1° Une forme à symptômes; c'est la forme ondulante de Hugues.

2° Une forme atténuée, d'un diagnostic parfois délicat.

Pour Hayat il y existe :

a) La forme normale, c'est la forme à symptômes.

b) La forme anormale; *a*) par excès; *b*) par défaut.

C'est à cette dernière classification que nous nous rattachons. Nous avons étudié la forme normale que nous avons longuement décrite. La forme anormale par excès correspond au type malin de Hugues (s'y reporter). Il nous reste à étudier une variété très importante, c'est la forme anormale par défaut, c'est-à-dire les formes frustes, atténuées et ambulatoires.

a) *Les « formes frustes »* sont caractérisées par la prédominance de tel ou tel symptôme aux dépens des autres. Le malade se présente comme un rhumatisant, un tuberculeux, un coxalgique, un pneumonique, un typhique. Il faut dans ces cas pour en faire quelquefois le diagnostic, penser toujours à la Fièvre de Malte.

b) Dans les « *formes atténuées* » (Nicolle) le malade accuse des douleurs vagues, un peu de faiblesse, il ne peut plus travailler. Sa température oscille entre 38°, 39°. Il n'a pas de sueurs, il languit. La sero-réaction seule permet le diagnostic. La durée de cette forme est longue en général quatre mois, huit mois et plus et les complications (douleurs, orchite) y paraissent plus fréquentes.

c) Enfin, les «*formes ambulatoires*» ont été signalées par Marston : « Dans certaines formes les symptômes peuvent « être si légers que le malade n'est pas confiné au lit et que « l'on peut songer simplement à une forme particulière de dyspepsie ». Elles ont été bien étudiées par Shaw en Angleterre, Vaccaro (1) en Italie et Cantaloube en France. Il faut toutefois distinguer les formes étudiées par ces divers auteurs. Dans les cas décrits par Schaw, les symptômes sont entièrement absents ou limités à quelques jours de fièvre, la seule preuve de la maladie est la séro-réaction. Schaw fait systématiquement la recherche de l'agglutination sur 525 dockers de l'arsenal de Malte, tous indivdus sains d'apparence. Il trouve 9 réactions positives dont 22 très fortes. Il décèle chez 3 d'entre eux le microbe à la fois dans le sang et dans l'urine. Quelques-uns ont une température au-dessus de la normale. De même Vacaro examine en Sicile 187 individus d'apparence saine, trouve un résultat positif sur 14, l'un d'eux élimine le microbe par ses urines.

Un peu différente est la forme ambulatoire observée et très bien décrite par Cantaloube dans l'épidémie de Saint-Martial. Il en a vu 35 cas non douteux sur les 180 qu'il a traités.

Ce sont des formes à symptômes mais à symptômes atténués : « Tel malade a le tableau clinique de la fièvre de

1) Congrès de Médecine de Palerme 1907.

Malte, mais avec atténuation de un ou plusieurs symp-
« tômes. Chez d'autres la maladie est fruste : tantôt c'est la
« constipation qui manque, tantôt les douleurs, tantôt les
« sueurs. Un malade n'a du syndrome méditerranéen que
« l'asthénie, le plus constant des symptômes mais aussi le
« moins caractéristique. Quant à la fièvre ils en ont tous plus
« ou moins. Elle est parfois difficile à dépister. »

« La plupart de ces malades passent une partie de leur
« journée debout, n'ont de la fièvre que le soir, refusent de
« s'astreindre à un repos complet. Le diagnostic dans ce cas
« est extrêmement délicat et l'examen du malade ne suffit pas
« pour se faire une conviction. Il faut, dit Cantaloube, faire
« la chasse aux moindres détails, battre le rappel des ren-
« seignements à côté, chercher autour du malade et quelque-
« fois savoir attendre qu'un fait par lui-même insignifiant
« vienne mettre sur la voie du diagnostic. Celui-ci ne doit
« pas être un diagnostic à bout de nez mais un diagnostic à
« échelons, d'autant plus facile que la maladie est plus avan-
« cée (*loco citato.* Cantaloube).

OBSERVATION I *(Service de Monsieur le Dr Pagliano)*

S. Joseph, 26 ans, chauffeur, originaire de Corse. Rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires. N'a jamais été malade.

A quitté Marseille le 5 mars sur un navire à destination de Batoum. Il tombe malade dans ce port le 22 mars au soir. Il est pris d'un malaise subit : céphalalgie temporale, nausées, sensation de froid dans les jambes. La nuit suivante il dort mal, a des rêves pénibles, se lève le lendemain courbaturé. Le thermomètre accuse 39°5, la langue est saburrale. On lui donne de la quinine. Le soir légers frissons suivis de transpirations abondantes. La température monte les jours suivants jusqu'à 40°, pour redescendre quelques jours après aux environs de 38°, puis remonter de nouveau. Le malade est très affirmatif à cet égard. Les sueurs toujours très abondantes apparaissent vers 7 heures du soir. Dans la matinée et une partie de l'après-midi le malade reste debout, l'anorexie n'est pas très marquée; il n'a plus de nausées, n'a pas de *douleur* épigastrique ni autre. Pas de constipation. La soirée et la nuit sont pénibles : insomnie, cauchemars; le malade continue à prendre de la quinine, s'alimente d'œufs, de lait et de bouillon. Il arrive à Marseille en cet état le 5 avril, rentre à l'hôpital le 7 avril. Il est donc malade depuis 16 jours; sa température est de 39°,3; son pouls, 84.

— Le malade paraît amaigri. Ses yeux sont excavés. Sa peau est bronzée. Pas de prostation. Il est faible et répond aux questions d'une voix traînante mais avec lucidité. Euphorie complète. La langue est saburrale au milieu, étalée, rouge sur la pointe et les bords; elle ne porte pas sur ses bords l'empreinte des dents. Pas de douleur dans la fosse iliaque droite, pas de ballonnements, pas de taches rosées, la rate légèrement augmentée de volume et sensible à la percussion,

mais pas douloureuse: la palpitation du creux épigastrique n 'éveille aucune douleur; le foie paraît normal. L'auscultation du poumon montre des râles de bronchite disséminés; un peu de congestion des bases. Au sommet gauche et en arrière, diminution du murmure vésiculaire, augmentation des vibrations, légère submatité. Les bruits du cœur sont bons; un peu d'éréthisme et de retentissement aortique.

Le malade ne souffre plus de la tête; il n'a pas de névralgies, ni de douleurs articulaires; ses reflexes sont normaux, il a seulement un tremblement assez marqué des doigts; Tremblement fibrillaire de la langue; ses pupilles réagissent normalement.

Le malade somnole dans la journée. Il prend deux enteroclyses et 0,15 de pyramidon quand la température atteint 38°5.

Le lendemain la température monte à 40°. Il accuse un léger point de côté dans la région p récordiale, un peu de dyspnée ,il n'a pas eu de frisson et ne tousse pas. L'auscultatio ne révèle pas d'autres signes que précédemment.

Le 9, exacerbation de température : 40°8; point de côté violent, dyspnée, le faciès se grippe; la langue est rôtie; il présente à l'auscultation des signes de broncho-pneumonie à gauche avec souffle tubaire; foyer dans la région moyenne du poumon. A la base, congestion massive. Le poumon droit montre des râles de bronchite. Crachats gommeux, adhérents, striés de sang. Le cœur est rapide, 120, le premier bruit sourd, hypotension. Le malade reçoit une potion à l'acétate d'ammoniaque ,des piqûres de caféine, huile camphrée, spartéïne.

Le 10 et jours suivants, état stationnaire.

Le 13, le poumon droit se prend à son tour. La bronchopneumonie prend des allures erratiques à foyers disséminés, l'état général est mauvais. La langue est toujours sèche et rôtie. Congestion de la muqueuse buccale et du pharynx; les

amydales sont grosses et douloureuses. Le malade n'a plus de transpirations. La température se maintient aux environs de 39°.

Le 15, le séro-diagnostic de Vidal a été négatif; celui de Wright, positif jusqu'au 200e. L'état du malade est légèrement amélioré. Respiration : 44; Pouls : 96; Température : 37°6. Le malade rend en 24 heures un litre 1/2 d'urine rouge et foncée dans laquelle on ne trouve pas d'albumine; les matières ramenées par le lavage sont très fétides. Le foie et la rate paraissent augmentés de volume. Celle-ci est palpable au-dessous du rebord costal, le Dr Thibault prélève de l'urine et du sang pour ensemencer. Le soir exacerbation de température avec recrudescence du point de côté et de la dyspnée qui nécessitent l'application de ventouses sèches et des enveloppements froids du thorax, la température oscille entre 38°3 et 39°7 les jours suivants. On fait au malade une injection de 10 c/m. cubes d'électrargol. L'euphorie persiste, pas d'adynamie ni de stupeur. Le malade lit et cause dans la journée. Il dort bien la nuit. Quoique la température reste élevée jusqu'au 20, l'état du malade paraît s'améliorer de jour en jour. Le pouls est aux environs de 80. La dyspnée a diminué, la toux moins pénible détache des crachats abondants. La langue se nettoie, s'étale, devient plus humide. Les phénomènes pulmonaires s'amendent. Des râles humides font place aux sous-crépitants du début, le souffle disparaît peu à peu.

Le 28, 1.800 grammes d'urine. Des sueurs abondantes sont apparues vers 5 heures du matin. La température baisse rapidement les jours suivants. Le pouls s'est ralenti. Une nouvelle séro-réaction de Wright est positive jusqu'au millième. Les cultures de l'urine et du sang n'ont pas donné de résultats.

On remarque chez le malade une instabilité cardiaque très accusée. Le pouls augmente de 10 pulsations et plus de

la position couchée à la position assise. On a noté de plus un peu d'arythmie passagère. Les injections d'Electrargol ont été continuées jusqu'au 25. La température a oscillé entre 37 et 39 jusqu'à ce jour. La langue ne s'est pas dépouillée. On commence à alimenter le malade. La température monte le pour même et le lendemain jusqu'à 38,6, redescend les jours suivants jusqu'à 37. Le patient accuse alors une douleur précordiale fugace qui ne persiste pas. Les symptômes pulmonaires ont disparu. On remarque une desquamation furfuracée du dos, des lombes. A aucun moment le malade n'a présenté de symptômes nerveux; pas de douleurs articulaires. Les réflexes patellaires sont normaux, pas de troubles de la sensiblité ni de la motilité. Les pupilles réagissent bien. Vue, ouïe, normales.

Dans la suite le malade fait une rechute le 9 mai. La température prend une allure oscillante. Pas de symptômes nouveaux. La température retombe à la normale le 16 au matin.

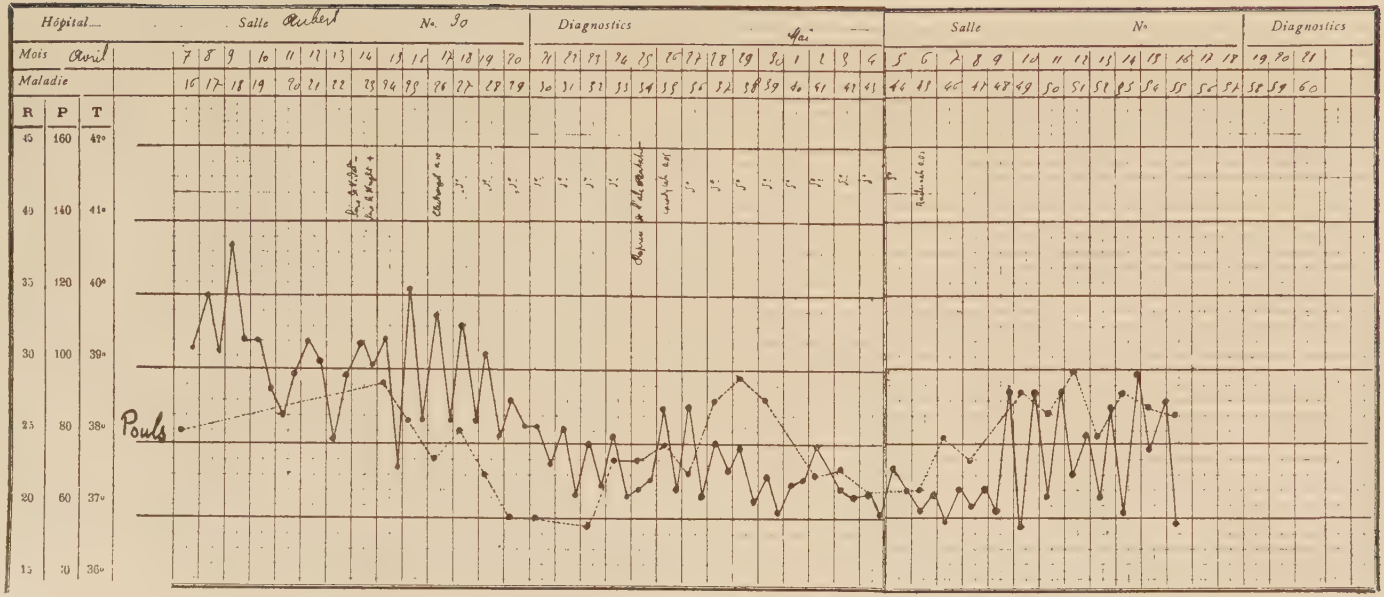
« En somme la courbe de la température a revêtu une forme ondulante. Le pouls a suivi assez fidèlement la température. Une seule complication à l'heure actuelle, une broncho-pneumonie. Les injections d'électrargol à la dose de 0,10 c^{m}3 par jour en injections sous-cutanées ont paru hâter la guérison de la complication. On a noté pendant toute la durée de la maladie une grande instabilité cardiaque.

L'analyse des urines n'a pas montré d'albumine.

Pas d'étiologie. Le malade n'a jamais fait usage du lait de chèvre.

Le malade est actuellement en cours de traitement à l'hôpital de la Conception. (Voir la courbe thermique).

OBSERVATION I.



OBSERVATION II *Due à l'obligeance de M. le Dr A. Gros*

M. V., cocher de M. X., me fait appeler le 24 avril 1909. Il est âgé de 48 ans; son père est mort à 62 ans, catarrheux; sa mère, âgée de 74 ans, jouit d'une excellente santé.

Dans ses antécédents, je relève une varicelle dans le bas âge, un érysipèle en 1906 et une facilité grande à s'enrhumer; pas d'éthylisme marqué; pas de vérole; jamais de crises de rhumatisme.

Il travaillait depuis une dizaine de jours, sans appétit, perdant ses forces. Je le trouve couché avec une température de 39°, il se plaignait d'un fort mal à la tête plutôt frontal; sa langue était saburrale, humide; son ventre légèrement ballonné; pas de diarrhée, ni de constipation; il dormait bien, n'avait pas eu de saignement de nez; je ne constatais pas de taches rosées; pas de matité splénique; le foie ne débordait pas les fausses côtes. Rien au cœur, pas d'albumine dans les urines.

Du 23 avril au 28 avril, petit plateau dans les 39°.

Du 28 avril au 1er mai, une chute de température en lysis pour arriver à la normale, qui se maintient jusqu'au 4 mai, jour où le malade alimenté depuis 48 heures crut pouvoir sortir. Il rentre le soir chez lui et repique un 39 de fièvre. Je reprends les lavages d'intestin à l'eau bouillie froide, quatre par 24 heures, quatre doses de 10 centigr. de pyramidon et malgré cela, jusqu'au 12 mai, la température oscille entre 37°6 et 39°. La chute de la température est cette fois, moins régulière que durant la première attaque, mais elle conserve le caractère en lysis.

Le 10 mai, quelques crachats sanglants, un peu de congestion aux deux bases, sans souffle, une respiration rude au sommet droit, sans matité, sans retentissement de la voix.

Depuis la reprise de cette fièvre, j'avais éliminé la fièvre typhoïde, bien que n'ayant pas fait la réaction de Widal, mais j'avais trop de signes négatifs, la rate n'avait pas augmenté de volume et mon embarras était grand. Evidemment je pensais à la tuberculose aiguë et l'amaigrissement progressif du malade n'était pas fait pour éloigner ce diagnostic; en même temps, d'ailleurs, apparurent des sueurs abondantes qui ne rassuraient pas. Dès ce moment, je devins moins sévère au point de vue diététique et je fis prendre des œufs, du lait, des purées et de la viande crue au malade.

Du 15 mai à la fin septembre, les températures vespérales atteignent 37°6, 37°,9 et trois à quatre fois dépassent 38°.

D'octobre au 20 novembre, plus de fièvre. Au point de vue clinique, ce qui a caractérisé le mois de juillet, ce sont des douleurs lombaires très aiguës, points névralgiques ou douloureux, pas de réflexes exagérés, aucun trouble vésical, urines sans albumine; les douleurs sont un peu calmées par l'aspirine, les sueurs sont toujours abondantes et à l'auscultation, je trouve des frottements fins sur la ligne axillaire au niveau des 7e, 8e et 9e espaces intercostaux.

Un jour du mois d'août, le malade en se rasant, constate que son bras est lourd; il est obligé de s'y reprendre à plusieurs fois pour terminer sa barbe, je ne constate aucun trouble de la sensibilité; il me serre la main avec difficulté et ne peut soulever une chaise. Au mois de septembre, les articulations de l'épaule se prennent, sont très douloureuses, mais sans gonflement marqué, les mouvements sont très limités, les sueurs toujours abondantes. Du commencement de la maladie, d'avril à octobre, le malade a perdu 15 kgs.

Le 20 décembre, les mouvements des bras sont encore douloureux et limités; il ne peut étendre les bras qu'à angle droit et ne peut pas les élever verticalement. Les sueurs ont

disparu, l'appétit est revenu avec de bonnes digestions; il a encore 10 kgs à reprendre pour retrouver son poids primitif; ses jambes sont encore faibles; malgré les massages, les muscles tremblent et je retrouve sur la ligne axillaire les mêmes phénomènes d'auscultation (frottements légers).

Il est bien certain que je me demandais de quelle nature étaient ces douleurs rhumatoïdes et que je pensais au rhumatisme tuberculeux.

C'est alors que son patron vint me voir. Il me dit que sa femme avait présenté des phénomènes analogues, que quelques médecins l'avaient soignée et ce sont des confrères très instruits et qu'un professeur de Montpellier avait parlé de tuberculose aiguë. Après un séjour à Châtel et à la montagne, sa femme était revenue presque bien portante. Sa maladie ayant traîné de Pâques à fin octobre.

M. X... demanda à propos d'une consultation personnelle au Dr Bidon qui n'avait pas soigné sa femme, ce qu'il pensait de cette interminable maladie et notre confrère lui dit qu'il avait à l'hôpital un ou deux cas analogues, et que c'était de la fièvre de Malte, maladie que peuvent donner des chèvres malades. M. X... ajouta que mon malade était allé acheter pour lui une chèvre de race maltaise chez un propriétaire, M. Y... En effet le 3 mars mon malade avait acheté dans une localité des environs de Marseille une chèvre qui venait de mettre bas des chevreaux morts. Les mamelles, très dures, ne donnèrent pas de lait à la traite et un chevreau qu'on amena pour lui faire monter le lait mourut d'inanition. On rendit la chèvre le 8 mars et l'ancien propriétaire la vendit à la boucherie. Ce fait est certain, puisqu'il a proposé au cocher de lui rembourser les 15 francs donnés par le boucher. Dans ce même milieu, la cuisinière a traînaillé tout l'été sans cependant s'aliter. J'ai pris du sang à mon malade vers le milieu de décembre et mon ami le Dr Paul Trastour a bien voulu me

faire le séro-diagnostic de Wright, qui a été nettement positif au centième. Je dois ajouter que depuis une huitaine de jours, mon malheureux malade a été pris de fièvre vespérale; en outre ont reparu des phénomènes, douloureux cette fois-ci au niveau des hanches. Il semble donc que cette infection est en train de faire une nouvelle poussée, ce qui est dans le caractère de la fièvre de Malte. Le Dr Gros ajoute : j'insiste d'une façon toute particulière sur la durée de l'incubation qui, dans notre cas, a pu être appréciée d'une façon assez exacte; elle a été d'un mois alors que dans les classiques on la signale comme durant de 5 à 15 jours.

Ce malade est revu à la fin du mois d'avril. Il présente le masque méditerranéen; son visage est bronzé. La langue est propre, le malade a repris de l'embonpoint, la température oscille depuis le mois de février entre 36°,5 et 37°,6. On peut donc considérer la maladie comme virtuellement terminée.

Mais des troubles nerveux remarquables persistent.. Un tremblement à oscillations rapides et menues agite son corps tout entier. Il ne disparaît pas au repos, s'exagère dans la station debout un peu prolongée. Il présente sur la face dorsale des mains et des avant-bras du vitiligo très net. Les articulations scapulo-humérales sont encore douloureuses, les mouvements y sont limités. La nuque est douloureuse au toucher. De plus les cheveux du malade sont tombés au décours de la maladie, ont repoussé partiellement, ont blanchi. Il présente une canitie limitée à la moitié gauche du cuir chevelu. Pas d'autres troubles nerveux sinon une asthénie très marquée. Les pupilles réagissent bien à la distance et à la lumière; pas de Romberg. Au point de vue médullaire, pas de trépidation épileptoïde, de clonus, de Babinski; les réflexes patellaires sont peut-être un peu exagérés. Aucun trouble de la sensibilité.

Le pouls est à 124; un peu d'éréthisme.

Le malade est encore très faible et n'a pu reprendre l'exercice de sa profession.

A voir le malade à cette période, une personne non prévenue pourrait parfaitement penser à la maladie de Basedord; instinctivement j'ai palpé son cou. Mais notre malade n'a ni goître ni exophtalmie, s'il a du tremblement, de l'éréthisme et de la tachycardie.

Le séro-diagnostic de Wright pratiqué à nouveau par le Dr Thibault, il y a quelques jours a montré un résultat positif jusqu'au 1/500e.

On voit donc combien l'observation de ce malade, très bien étudiée et rapportée d'une façon intéressante par le Dr Gros est instructive à beaucoup de points de vue.

Et en effet elle nous permet tout d'abord de remonter dans le cas qui nous occupe jusqu'à l'origine caprine de l'affection. X... achète le 3 mars une chèvre malade, la transporte, la soigne, la manipule; la bête meurt le 8 mars, après avoir contaminé probablement Me Y... et sa cuisinière. celle-ci paraissant avoir fait une forme ambulatoire de la maladie. Le cocher tombe malade le 24 avril atteint de fièvre de Malte vérifiée par un séro-diagnostic indiscutable et répété à plusieurs reprises. Nous pouvons déclarer que la durée de l'incubation dans ce cas a été d'environ un mois.

De plus, les troubles nerveux et trophiques qui persistent chez notre malade montrent quelle tenacité et quelle variété la fièvre de Malte apporte parfois dans ses complications, surtout dans ses complications nerveuses.

Mais le fait le plus intéressant de ce cas, c'est la relation étiologique qui unit cette observation à la suivante que voici :

OBSERVATION III *(Service de M. le Dr Pagliano)*

Le 1er mai 1910 la nommée Madeleine D..., 26 ans, domestique chez M. Y..., entre à l'hôpital. Elle est originaire de Mondovi (Italie). Ce M. Y... est le même qui vendit en mars 1909, la chèvre dont il est question dans l'observation précédente. La malade habitait la propriété même où se trouvaient une assez grande quantité de ces animaux. Elle n'était pas, paraît-il, en contact avec eux, mais manipulait du lait de chèvre, quoiqu'elle n'en ait jamais bu, prétend-elle. Elle se trouvait forcément en contact journalier avec le personnel préposés aux soins de ces animaux. La malade habite Marseille depuis le 4 avril 1909.

Père et mère bien portants; frères et sœurs aussi.

La malade déclare n'avoir jamais eu de maladie dans son jeune âge. Elle ne se souvient pas d'avoir jamais gardé le lit.

Les premiers troubles paraissant se rattacher à la maladie actuelle datent du mois de janvier de cette année. La malade a éprouvé à ce moment une grande faiblesse et des malaises divers : quelques épistaxis : anorexie, insomnie. Elle accusait un peu de fièvre le soir, quelques transpirations après minuit. Elle a eu quelques douleurs épigastriques, de la céphalée, des nausées. Ses selles étaient normales. Ces symptômes ont persisté en tout ou en partie jusqu'à ce jour. Les règles ont été irrégulières ces mois derniers. Malgré tout, elle a continué à travailler jusqu'au moment où la faiblesse extrême et la fièvre l'ont obligée à s'aliter, vers le 15 avril. La fièvre a monté, paraît-il, jusqu'à 40°5. Les sueurs très abondantes l'obligeaient à changer plusieurs fois sa chemise la nuit. Elle a eu le 18 avril une nouvelle épistaxis.

Elle entre à l'hôpital le 1er mai. Elle paraît amaigrie, se

sent faible, mais n'a pas de typhos, sourit volontiers; un peu de céphalée. La langue est saburrale, rose et humide sur la pointe et les bords, pas d'empreinte des dents. Le ventre n'est pas douloureux, ne montre pas de taches rosées. Le foie est normal; la rate est grosse, mais pas douloureuse. La malade n'accuse pas de constipation. Le cœur est normal. Le poumon ne montre pas de bronchite ni signes de congestion. La malade ne tousse pas. Elle a, vers quatre heures de l'après-midi un frisson suivi de chaleur, mais les transpirations n'apparaissent que vers les trois ou quatre heures du matin. La malade reçoit deux enteroclyses froides par jour et 1 gramme de quinine.

Les transpirations sont moins abondantes le 2 et 3 mai.

Le 3, le sero-diagnostic de Wright (pratiqué par le docteur Mottais) est positif au 1/30. La fièvre montre des rémissions journalières très prononcées. Son exacerbation vespérale atteint 40°. Elle affecte une allure très irrégulière. Le pouls est en concordance avec la température.

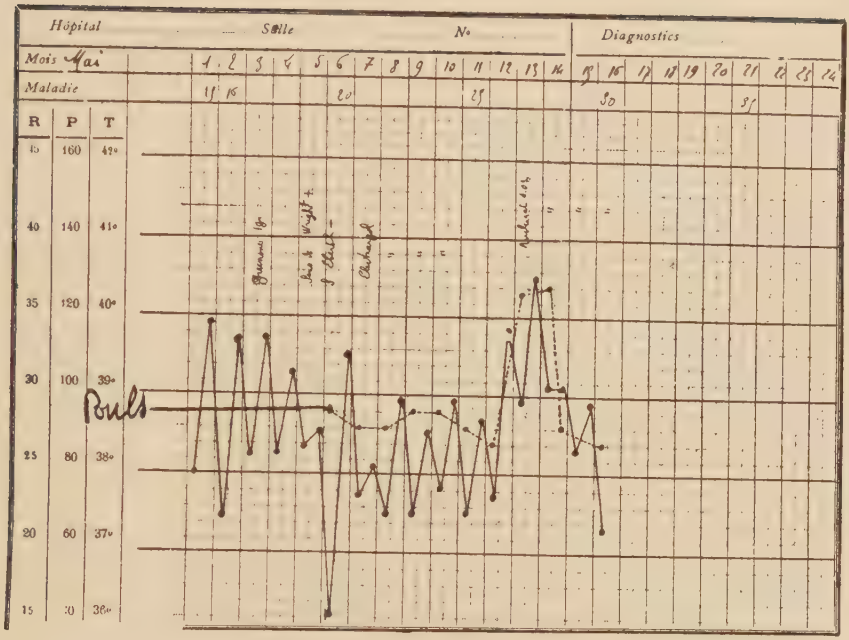
Le sero-diagnostic pratiqué à nouveau le 6 est positif au 1/40 et au 1/80. Après une période d'oscillations entre 38 et 39° la température atteint 40°5 le 13 au soir sans phénomènes nouveaux, sinon un peu d'affaissement de la malade.

La langue est toujours très chargée, il n'y a que très peu de transpirations. On note une myalgie au mollet gauche. Le 16, la température retombe à la normale. Cette observation est incomplète, le malade étant encore en cours de traitement à l'hôpital de la Conception.

La courbe thermique montre une grande irrégularité et des oscillations bizarres. Nous la reproduisons.

Le pouls pris journellement du 6 au 16, a suivi la température.

OBSERVATION III.



OBSERVATION IV

due à l'obligeance de M. le docteur Sepet Gauthier, interne

M. L... âgée de 21 ans, domestique, né à Beaulard (Italie) entre dans le service le 30 décembre 1909.

Elle se plaint de fièvre et de malaise général.

Ant. Héréditaires. Père mort à cinquante ans de coliques (?) après absorption d'eau contaminée. Mère et quatre sœur bien portantes.

Ant. Personnels. Excellente santé habituelle; aucune maladie antérieure. Habite Marseille même depuis trois ans.

La maladie débute aux environs de Noël dernier par de la courbature, de la céphalée, malaise général, faiblesse des membres et fièvre. Les caractères du début la font entrer à l'hôpital de la Conception pour fièvre typhoïde. De celle-ci à son entrée, la malade n'a ni la prostration, ni les tâches

rosées, ni la rate, ni la diarrhée. Son aspect reste florissant; un peu d'asthénie, mais un état général qui n'inspire pas d'inquiétude. Pourtant la température oscille de 38° à 39° pendant les cinq jours qui suivent et pendant lesquels on constate les signes suivants :

App. digestif. Langue saburrale, humide sur la pointe et les bords. Rien dans le pharynx. Pas de douleur épigastrique ni abdominale. La constipation du début a disparu. Les matières que ramènent les lavages quotidiens sont normales. Pas de taches rosées. Le foie affleure le rebord des fausses côtes; on ne sent pas la rate. D'ailleurs, la légèreté des symptômes s'accorde avec l'état général de la malade qui dans tout le cours de la maladie n'a cessé de proclamer sa faim.

App. Circulatoire. Tachycardie. Le pouls reste aux environs de 100. Pression 12. Quelques épistaxis, non au début mais au cours de la maladie, peu abondantes.

App. respiratoire. Toux légère, quelques crachats muqueux; sans autres signes pulmonaires que quelques rares sibilants, qui ne tardent pas à disparaître.

App. urinaire. Pas d'albumine.

Syst. nerveux. Céphalée, mais non constante, disparaît dans les période apyrétiques. La courbature et l'abattement dureront jusqu'à la convalescence. De plus arthralgie de la hanche qui dure trois jours. L'articulation est douloureuse mais rien que douloureuse. Même signe quelques jours après à l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce, puis à celle du médius gauche. Il n'y a ni gonflement, ni arthrite vraie; de la douleur spontanée; à la pression, puis au bout de huit jours de durée moyenne, tout disparaît.

Nous avons noté l'absence de taches rosées, aucun érythème, mais des sueurs profuses, accompagnant surtout les périodes de fièvre.

Etude de la courbe. — C'est bien le type de fièvre ondulante comme allure générale, mais extrêmement capricieux. Avec de longues apyrexies pendant lesquelles on croyait à la fin de la maladie, suivies de nouvelles ascensions. Somme toute, avec les signes généraux très estompées que nous avons vu, c'est la température qui a dominé la scène. Peut-être la légèreté de ces signes est elle due, en outre du peu de virulence du melitensis incriminée, à l'excellent terrain de résistance d'une montagnarde jeune et sans antécédents pathologiques.

En tout cas les signes qui se dégagent sont, outre la température, l'asthénie, l'arthralgie, les sueurs, et la conservation dans une pyrexie qui dura plus de cinquante jours d'un état général très satisfaisant.

La sero-agglutination a été faite à deux reprises par M. le professeur Simond, elle a été deux fois positive.

Le sero-diagnostic pour l'Eberth a été négatif.

La malade sort guérie le 14 mars 1910.

Aucune étiologie n'a pu être retrouvée.

OBSERVATION V *(Service de M. le Prof Laget)*

C. Angelo, journalier, originaire de Bari (Pouilles) arrive à Marseille dans les premiers jours de février 1910. Il tombe malade au bout de quinze jours.

Rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires. Ce malade a eu à vingt et un ans un accès de fièvre qui aurait duré environ dix jours paraissant être du paludisme. Il n'a jamais eu la fièvre typhoïde.

Il entre à l'hôpital le 12 mars, malade depuis quinze jours. Le début de sa maladie aurait été marqué par un refroidissement à la suite duquel il aurait eu un accès de fièvre accompagné de frissons et de transpirations abondantes; sa langue était saburrale, sa bouche sèche; son ventre

était légèrement douloureux, mais il n'accusait pas de douleur épigastrique proprement dite: il était très altéré, et souffrait d'une céphalée assez intense; pas d'anorexie. Constipation, Le malade ne gardait pas le lit d'une façon continue, se couchait seulement vers les cinq heures du soir, heure à laquelle l'accès de fièvre le prenait; celui-ci se terminait vers minuit. A ce moment-là le malade était inondé de sueurs profuses. Il accuse, à cette période de la maladie une douleur qu'il localise nettement au niveau de l'articulation sacro-illiaque gauche; le malade ne tousse pas. Il se plaint d'une grande faiblesse.

Ces troubles persistent jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Le malade n'est pas prostré, déclare qu'il se sent beaucoup mieux, ses maux de tête ont disparu, il accuse cependant toujours une très grande faiblesse; température : 99°; pouls : 88; sa langue est rouge sur la pointe et les bords, épaisse et blanche au milieu, elle ne porte pas l'empreinte des dents, son ventre est souple, pas de douleur épigastrique, pas de douleur dans la fosse iliaque droite; sa rate est grosse, sensible à la percussion, légèrement douloureuse, le foie paraît normal; pas de de taches rosées.

A l'auscultation du poumon en avant l'on trouve la respiration légèrement soufflante; au sommet droit, quelques sibilants, l'expiration est prolongée; en arrière et au sommet droit, retentissement de la toux, légère matité; congestion marquée aux bases.

Le malade se plaint de transpirations très abondantes qui surviennent vers deux ou trois heures du matin. Il est obligé de changer plusieurs fois de chemise; il mouille même parfois son matelas.

A part cela, il se sent bien, ne ressentant aucun malaise, sauf une faiblesse extrême. L'euphorie a toujours été très marquée chez lui. La température oscille entre 38° et 39° pen-

dant les jours suivants, pousse même sa pointe jusqu'à 40° (le 22 mars) puis redescend graduellement jusqu'au 2 avril, mais ne tombe pas sensiblement au-dessous de la normale; la langue ne se dépouille pas, les sueurs persistent et la rechute facile à prévoir se produit les jours suivants.

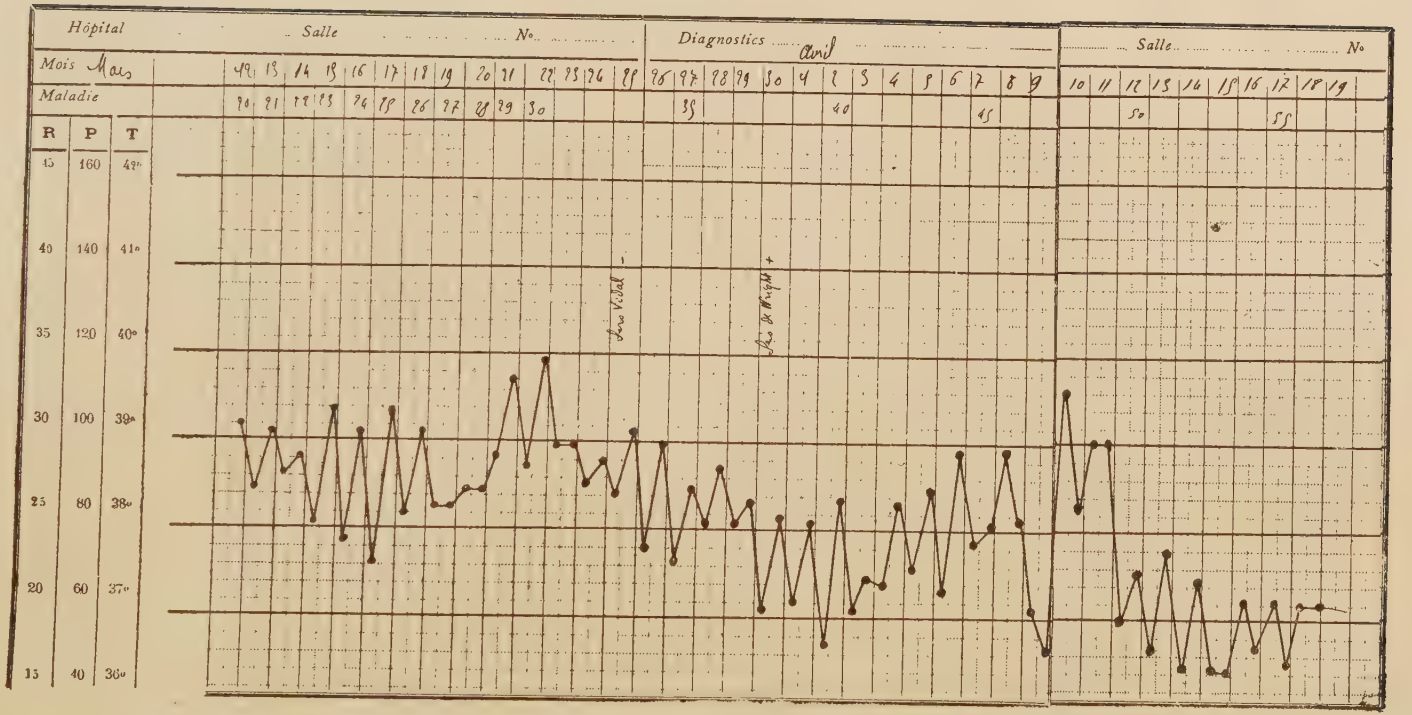
La température n'atteindra cette fois-ci que 39°,5.

Entre temps des phénomènes de bronchite font leur apparition. L'on remarque de la congestion des bases. Les signes pulmonaires sont fugaces et varient d'un jour à l'autre. Le pouls est toujours rapide chez le malade. On note avec une température de 36°,7, le pouls à 80, à 100. Avec 37°, le pouls à 100. Nous avons remarqué cette rapidité du pouls, pendant la période d'apyrexie.

Après cette rechute la température tombe en trois jours au-dessous de la normale et s'y maintiendra. La langue se dépouille, le malade crie famine. Mais le 13 avril une petite complication survient. A la base du thorax, à gauche, en arrière existe une zone grande comme la main, très douloureuse. Hyperesthésie très marquée, submatité à ce niveau. La douleur est exquise au niveau des rameaux perforants postérieurs des intercostaux. Cette douleur immobilise le malade dans son lit, s'exapère par les mouvements, la toux et l'éternuement. Parfois quelques élancements très douloureux dans la région sus-décrite. Elle disparaît le 17 avril. Quelques myalgies. apparaissent, fugaces. Son état continue à s'améliorer. On alimente le malade avec beaucoup de prudence, il sort de l'hôpital, dit-il, pour satisfaire son appétit, le 21 avril. Il paraît à ce moment guéri.

Le malade n'a jamais eu d'albumine dans ses urines.

OBSERVATION V.



OBSERVATION VI *due à l'obligeance de M. le Professeur Boinet. — M. Payan, interne.*

G.., âgé de 31 ans, né au Piémont. Père mort à 56 ans, d'affection ignorée. Mère bien portante. Deux sœurs bien portantes. Un frère mort à 26 ans, bacillaire. Sœurs mortes en bas âge. Aucune maladie étant jeune; pas de maladie vénériennes, pas de bacillose éthylisme assez net. Le malade habite Marseille depuis 4 ans.

Il y a 3 mois 1 2, des maux de tête violents l'ont empêché de continuer son travail. Il a eu deux épistaxis une semaine avant. Il a eu de la fièvre qui atteignait 4 % trois jours avant le début de l'affection. Il ne s'est alité que 12 jours après ce début.

Il entre à l'hôpital le 30 mai 1909 dans un état général assez grave. Le malade présente un état fébrile assez accentué, un facies légèrement coloré et il est dans un demi état de torpeur. Il a les lèvres pâles et sèches. Le corps ne présente pas de taches rosées. Amorexie sans vomissements. L'appareil digestif semble particulièrement atteint. Langue saburrale blanche au milieu, découverte sur la pointe et les bords. Anorexie marquée. Le pharynx non congestionné; pas de douleur à la déglutition. L'estomac est normal; pas de vomissements. Le ventre légèrement douloureux à la palpitation. Pas de taches rosées. Pas de gargouillements dans la fosse iliaque droite. Constipation légère. Le malade n'a jamais eu de coliques, de sang dans les matières. Foie légèrement augmenté de volume, ainsi que la rate.

Respiration régulière, pas de dyspnée, toux légère correspondant à des signes pulmonaires peu marqués. Légère submatité aux bases; sous-crépitants très fins dans cette région. Le malade n'a plus saigné du nez depuis sa maladie.

Le cœur est normal, l'urine ne contient ni sucre ni albumine.

Le patient s'exprime bien n'a pas eu de délire ni le jour ni la nuit. Il dort bien, légère tendance à la sommnolence.

Depuis cette époque il n'y a eu aucune modification dans la nature des symptômes, mais leur intensité a varié.

La courbe de la température est caractéristique, elle semble affirmer l'existence de plusieurs rechutes d'une même maladie ou une affection cyclique.

Le malade n'a eu dans le cours de son affection que deux complications :

1° Après un essai d'alimentation, une rechute caractérisée par le retour des symptômes premiers.

2° Pendant la convalescence actuelle une orchite gauche qui a débuté par une épidydimite totale. A ce moment le malade n'a plus guère de fièvre et l'alimentation est recommencée. L'appétit est revenu. Dans le cours de la maladie le malade a été baigné (30 bains) et traité comme une fièvre typhoïde dont deux symptômes ont manqué au tableau clinique (hormis l'évolution) ; épistaxis et taches rosées.

Deux séro-diagnostics de Vidal négatifs. Cuti-réaction négative. Une séro-réaction positive pour le m. mélitensis, pratiquée par MM. les professeurs Simond et Aubert.

OBSERVATION VII *(due à l'obligeance du Prof. Boinet)*

M. C..., Italien, âgé de 35 ans, journalier, entre le 12 avril 1909 à la Salle Ducros, n° 26.

Ce malade a eu autrefois du paludisme, mais n'a jamais eu la fièvre typhoïde. Il habite Marseille depuis trois ans.

Il entre au 9e jour de sa maladie. Le début en a été lent et progressif, marqué par de la céphalée, de la lassitude, de l'anorexie, de la fièvre. Il ne s'est mis au lit que depuis trois jours. Actuellement on note la persistance de ces divers

symptômes :la fièvre persiste accompagnée de sueurs, de nausées, de douleur épigastrique et de constipation. Le foie et la rate sont un peu gros. On entend aux poumons quelques râles de bronchite et les urines renferment des traces d'albumine. Le malade souffre de douleurs intercostales et articulaires. Dans ce cas l'affection évolua avec une fièvre qui décrivit une courbe ondulante assez caractéristique et n'entraîna d'autre complication que l'anémie que présentait le malade lors de sa convalescence.

Le séro de Widal fut négatif et le séro de Wright fut positif.

OBSERVATION VIII *(due à l'obligeance de M. le Professeur Boinet)*

M. J..., âgé de 28 ans, cultivateur, né à Marseille. Entré à l'Hôtel-Dieu, Salle Ducros, n° 28, le 15 mars 1909.

Cet homme a eu à 22 ans une fièvre typhoïde assez grave.

Il entre dans le service au 5e jour de sa maladie. Le début en a été marqué par de la céphalée, de la courbature, de la fièvre et des sueurs profuses. Quelques nausées et une constipation opiniâtre ont été également notées.

A son entrée la température est de 38°,4. Il n'existe pas de prostration. La langue est saburrale. La constipation et les sueurs persistent. La rate et le foie sont gros : celui-ci de plus est douloureux. Il n'existe pas de taches rosées. Le malade accuse des douleurs articulaires assez vives.

La maladie a ensuite évolué sans complication. La courbe thermique a revêtu le caractère ondulant de la fièvre de Malte.

Séro de Widal : négatif. Séro de Wright : positif.

OBSERVATION IX

due à l'obligeance de M. le Professeur Boinet

R. G., âgé de 25 ans, journalier, entré à l'Hôtel-Dieu, Salle Ducros, n° 22, le 22 juin 1909.

Malade depuis 10 jours. Début lent, insidieux : douleurs abdominales, céphalée, constipation, quelques vomissements, fièvre.

A son entrée : température 38°. Etat général assez bon. Langue saburrale. Epigastre un peu douloureux. Constipation. Sueurs profuses. Rate et foie gros. Pas de taches rosées.

Séro de Widal négatif. Séro de Wright positif.

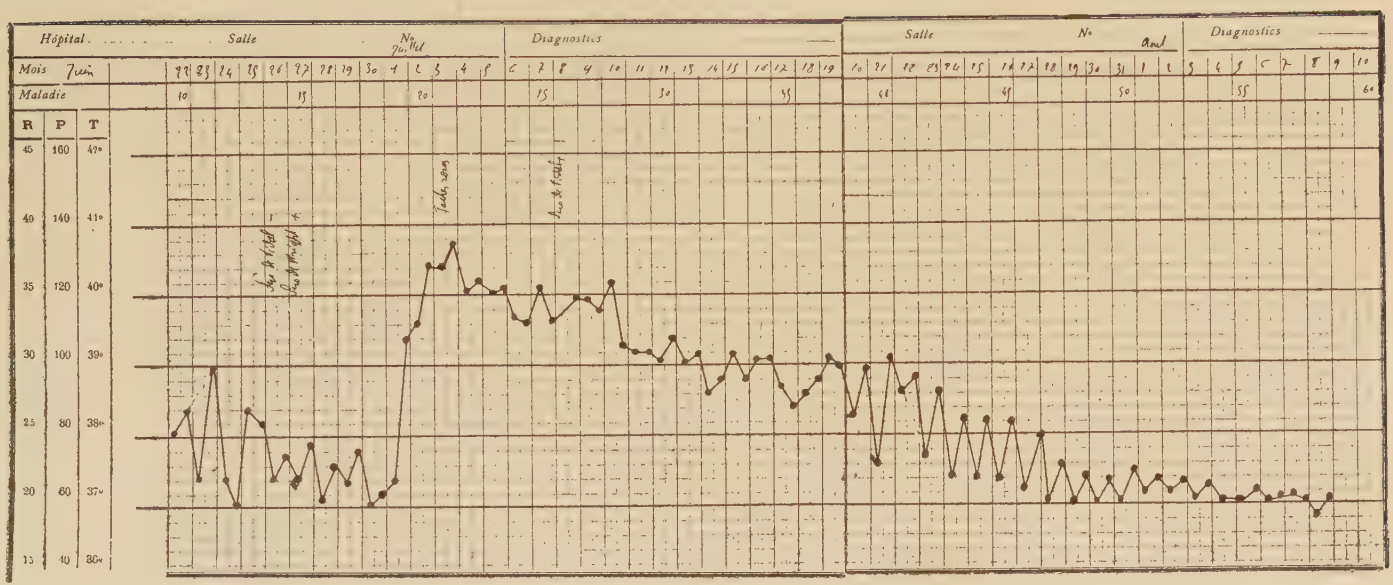
1er juillet : La température s'élève à 39°,4.

3 juillet : Fièvre aux environs de 40. Etat général notablement aggravé. Prostration, céphalée, douleurs abdominales, apparition de taches rosées. Diarrhée, Bains froids.

8 juillet : Pas d'amélioration notable. Sero de Widal positif à 1/50.

Dans la suite la maladie a évolué avec le tableau symptomatique d'une fièvre typhoïde grave. Le traitement par les bains froids a été continué et le 9 août le malade, assez anémié, part pour Salvator. (Voir la courbe thermique).

OBSERVATION IX.



OBSERVATION X. *Service de M. le Dr Bidon*

C... François, novice, 17 ans, né à Paris. Habite l'Algérie depuis son jeune âge. Rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires. Père mort de congestion cérébrale. Mère en bonne santé. Grands parents morts très âgés. Le malade a eu la varicelle à 2 ans, puis un état gastrique fébrile qu'il est difficile de préciser. Il n'a jamais eu la fièvre typhoïde, pas de bronchites ni paludisme. Excellente santé habituelle. Le teint du malade est naturellement bronzé. Habitant l'Algérie, il navigue comme novice à bord des courriers faisant le service entre Alger et Marseille.

— La maladie actuelle paraît avoir débuté le 15 mars par un mal de gorge, de la dysphagie. La fièvre est arrivée huit jours après, accompagnée d'anorexie. Soif ardente, courbature généralisée, insomnie. Pas d'épistaxis, pas de douleur épigastrique, pas de céphalée. La fièvre ne s'accompagne ni de frisson, ni de transpirations Le malade ne souffre pas du ventre, il a une diarrhée légère. Il a pris en ce moment de la quinine qui n'aurait pas agi. L'aggravation progressive de ces symptômes l'amène à l'hôpital le 31 mars avec une température de 39°,6, le malade n'est pas prostré. La langue est saburrale, rouge sur la pointe et les bords, la rate est grosse, sensible à la percussion, foie normal, pas de douleur dans la fosse iliaque droite, pas de sensibilité épigastrique, pas de taches rosées. Le malade ne tousse pas, n'a pas de signes pulmonaires, le cœur est normal. Les matières amenées par le lavage sont jaune-clair.

Le séro de Vidal est négatif.

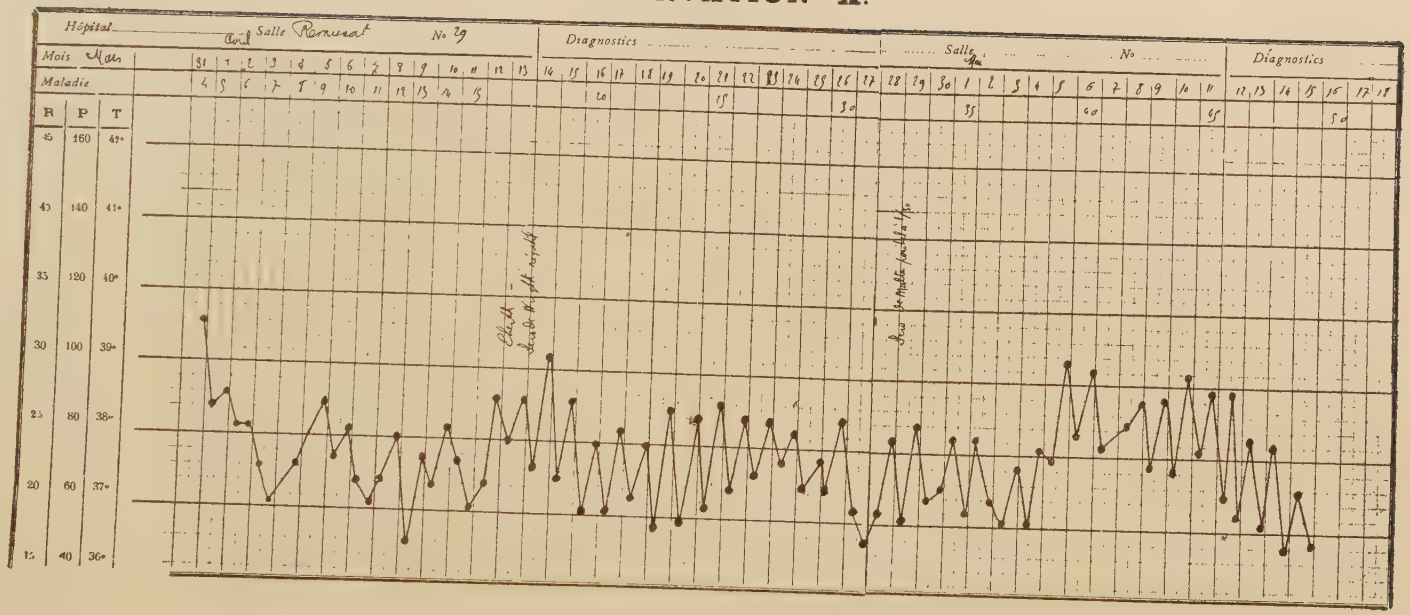
La température qui était descendue à 37° le 3 avril prend une allure irrégulière entre 37° et 38° jusqu'au12. Entre temps des sueurs assez abondantes sont apparues vers 2 heures ou 3 heures du matin, mais elles étaient irrégulières et ne surve-

naient pas toutes les nuits. Le malade ne prenait pas de pyramidon. La fièvre remonte aux environs de 39° et s'y maintient pendant quelques jours. Le séro-diagnostic de Wright est négatif. La fièvre décrit par la suite une série d'ondulaltions dont le sommet est au-dessus de 38°. L'allure de la fièvre et les sueurs éveillent à nouveau les soupçons. Le séro-diagnostic de Wright est cette fois-ci positif au 30e et au 50e. Le malade accuse quelques douleurs myalgiques dans la nuque et les fosses sus-épineuses. Il a quelques maux de tête. On remarque une desquamation furfuracée des mains, du dos et du ventre. Le malade demande à s'alimenter. Il commence à prendre une purée le 1er mai. La langue est alors dépouillée quoique la température soit toujours aux environs de 38°. Elle tombe cependant à 37° le 2 mai. A ce moment-là une imprudence du malade qui mange gloutonnement une certaine quantité de viande paraît être la cause d'une rechute. La température remonte progressivement les jours suivants jusqu'à 40°, la langue devient saburrale à nouveau, le pouls nettement dicrote, s'accélère (112) une épididymite très douloureuse fait son apparition, ainsi qu'une arthalgie sacro-iliaque. Ces complications durent peu. La température atteint à nouveau la normale vers le 15. Mais le pouls reste rapide (104-106) et la langue chargée.

Ce malade est encore en cours de traitement à l'hôpital de la Conception et on ne peut le considérer comme convalescent. La courbe thermique est nettement ondulante.

Le sero-diagnostic a été pratiqué par M. le Professeur Thibault. Pas d'étiologie.

OBSERVATION X.



OBSERVATION XI *(Service de M. le Dr Pagliano)*

Le 8 mai 1910, entre dans le service E..., nourrice, âgée de vingt-huit ans, Italienne. Elle est tombée malade le 4 de ce mois, dans une famille où se trouvent plusieurs malades, paraissant atteints de grippe. Le début a été brusque, la malade qui est de constitution robuste, jouissait antérieurement d'une excellente santé. Brutalement, elle est prise de frissons, de fièvre et de vomissements incessants. La température oscille entre 39° et 40°, il y a de la courbature généralisée, de la céphalée.

Cet état persistant, elle entre à l'hôpital le 8 au soir avec une température de 40°. Pas de prostration, euphorie. Langue un peu sèche, mais pas très chargée. Pas de taches rosées, ni de douleur dans la fosse iliaque droite. La rate est augmentée de volume. Les vomissements persistent, glaireux; il n'y a pas de diarrhée. Pas de signes pulmonaires. Rien à côté des autres organes. La notion du milieu grippal, les vomissements, la température élevée, ont fait rechercher tout d'abord une pneumonie d'origine grippale. Mais aucun foyer pulmonaire n'a pu être découvert au début. Cependant vers le dixième jour on perçoit dans la région moyenne du poumon gauche, les râles sous-crépitants disséminés, un peu d'obscurité aux bases; pas de souffle. La malade un peu dyspnéïque, a quelques crachats striés de sang. Le pouls est rapide. Les vomissements se sont calmés, mais l'état de la malade paraît s'aggraver, les jours suivants, elle s'affaisse un peu, la langue se sèche. La température dépasse 40° le soir, descend à 39° le matin. Il n'y a toujours pas de troubles intestinaux. Les signes pulmonaires n'ont pas varié.

Le 17 au matin, première hémorraghie intestinale peu abondante. Le sero-diagnostic de Vidal pratiqué par le docteur Motais a été négatif. Nous sommes au quatorzième

jour de la maladie. La sero-agglutination de Wright est franchement positive au 1/30e.

De nouvelles hémorrhagies apparaissent très abondantes le 18 à cinq heures du soir. Elles emportent la malade en moins d'un quart d'heure. La température avait atteint à trois heures 41°8. L'intelligence s'est conservée intacte jusqu'au dernier moment. Il n'y a jamais eu de typhos.

L'examen des intestins est pratiqué par le docteur Alezais quarante-huit heures après la mort. On trouve des altérations des plaques de Payer dont beaucoup sont tuméfiées et même ulcérées On rencontre des ulcérations sur la dernière partie du grêle, sur la valvule ileo-cœcale (face ileale) sur le colon ascendant. Elles vont de la grosseur d'un pois à celle d'une pièce de cinquante centimes. Un petit nombre seulement siège sur les plaques de Payer. Ce sont là, de l'avis du docteur Alezais, des lésions qui ressemblent bien à celles de la fièvre typhoïde, quoiqu'elles paraissent peut-être un peu précoces.

Peut-on sur la foi d'un sero-diagnostic de Vidal négatif au quatorzième jour, affirmer l'absence de toute association typhique, devant de pareilles lésions anatamo-pathologiques ? Il semble bien que non, mais il serait imprudent de conclure. La rate tuméfiée pesait 380 grammes.

CONCLUSIONS

I.— Il faut insister sur la fréquence relative de la Fièvre de Malte à Marseille et dans nos régions. Elle existe dans nos pays à l'état endémique, parfois épidémique, souvent importée.

II. — Le plus grand nombre de cas observés l'a été de mars à juin ce qui concorde avec l'opinion de tous les auteurs et est en rapport avec l'étiologie caprine de l'affection, celle-ci coïncide en effet avec l'époque de la lactation chez les chèvres.

III. — La notion de l'étiologie est rarement évidente comme dans les deux observations que nous avons rapportées. La plupart du temps on ne trouve rien pouvant expliquer son éclosion chez le malade. Les modes de contagion paraissent en effet multiples.

IV. — En pratique, il faut désormais discuter son diagnostic à côté de celui de la typhoïde, de la grippe et des autres affections à symptômes similaires et recourir le plus souvent possible au contrôle bactériologique.

V. — Des mesures prophylactiques paraissent nécessaires pour enrayer l'extension de cette maladie en France.

BIBLIOGRAPHIE

D'AMORE M. — Sulla presenza di agglutinine parziali e coagglutine nel siero di ammalati e di animali immunizati contra il micrococe melitense. Riforma med. Napoli. 1908, 1233-1239

AXISTA E. — Ueber Lenkopenie bei Malta fieber. Leutralblatt Fin innere Med. Leipzig, 1905, XXVI, 281-285.

AMATO A. — Contributo allo studio della mortologia del B. mel itensis. Foliclin. Roma. 1908, XV sez. prat. 1061.

AUBERT P. — Une épidémie de Pierre de Malte dans le département

AUBERT P., CANTALOUBE P. et THIBAUT E. — Une épidémie de Fièvre de Malte dans le département du Gard. Compte-rendu Soc. Biologie, Paris, séances du 15 Janvier 1910. p. 54-22.

ARDERIUS E. — La leche de cabra como vehiculo del germo productos de la febbre del Mediterraneo. Boletin del Colegio de Medicos de Gerona 1908.

AXISA E. — Darmblutungen bei Malta-Fieber. Zeutralbl. p. innere Med. Leipzig 1906 XXVII, 367-372.

ALLEN S. G. — Some observations on an outbreak of Mediterranean Fever in Malta last year, with special reference to the airborne theory of conveyance of the infection. J. Roy. Army. Med. Corps, London 1904, II, 699-704.

AUBERT et PAGLIANO. — La Fièvre de Malte à Marseille. Marseille Médical, n° 6, 15 mars 1910.

ANDERSON J. F. — The relation of goat's milk to the spread of Malta Fever. Treas. Dep. Publ. Health. et Mar., Hosp. Serv. U. S. Hyg. Lab. Bull. n° 41. Washington 1908, 195-208.

AUBERT *P.*. E. THIBAULT et P. CANTALOUBE (de Junine). — Une épidémie de Fièvre de Malte dans le département du Gard. Compte-rendu Société de Biologie 1909 T. XVII, p. 535.

AXISA E. — Ein Fall von Psychose im Anschluss an Malta Fieber. Zeutralblatt fur innere Medicinischen Leipzig 1906.

BRAULT J. — La fièvre ondulante à Alger. Arch. Générales de Médecine, Paris, 1903, II, 2881-2891.

BASSET-SMITH P. W. — A Summary of recent work ou the cause prevention, and treatment of Mediterranean, or undulant fever, with some notes ou the pathology J. Roy Army. Med. Corps, London, 1908 X, 1-13.

BONSFIELD L. — Some remarks ou protective inoculation against Malka fever. J. Roy. Army, Med. Corps Lond., 1906, 179-182.

BASSETT SMITH P. W. — Our present knowledge of the etiolagy of Mediterranean fever, with special reference to the Royal Navy. (Abstr.). J. Roy. San Ipstit, Lond., 1906, 375-381.

BONSFIELD L. — A case of Malta fever with ulceration of the smatt intestine J. Roy. Army. Med. Corps. London 1906, 174-177.

BASSET-SMITH. P. W. — The relations hip of Kala-azar with Mediterranean Fever, and soma details of the haematology of the latter. J. Trop. Medicin London, 1903, n° 37-39. Analyse du Bullt Inst. Pasteur, p. 163.

BENTLEY C. A. — Kala-azar as an analogous disease to Malta Fever. Preliminary notes of an investigation action and some discoveries regarding the nature of the condition kunwn as Kala-azar p. 8-16. Analyse in Bull. Inst. Pasteur 1903, p. 163.

BRAYNE W. F. — Notes ou 26 cases of Malta Fever in the native of India. Indian M. Gaz. Calcutta 1907 XIII, 441-445, 2 ch.

BASSET-SMITH P. W. — The treat ment of Mediterranean fever by means of vaccines, with illustrative cases. J. Hyg., Cambridge 1907, 125-144, Analyse in Bulletin Institut Pasteur 1907, p. 759.

P. CANTALOUBI (de Sumène). — Une Epidémie de fièvre de Malte en

BRUCE D. — The extinction of Malta fever. Natur. London 1908. p. 39-42. Recent researches into the epidemiologny of Malta fever. J. Roy. Army med Corps. London. 1907. VIII 225-235. Analyse in Bull. Inst. Pasteur 1907, p. 758.

BASSET-SMITH P. W. — A critical examination of the blood of patiento in hospital, to determine if other Tham Mediterranéan Fever sera would agglutimate the Micrococcus melitensis. J. Trop. M. London 1907 X.. 109. The treatment of Mediterranean fever by means of vaccines, with illustrative cases.

SIR DAVID BRUCE. — Mala Fever in Uganda. In the Governnent Gazette N° 30 de 1909.

Bensis. W. — Contribution à l'étude de la fièvre de Malte. Bull et Mén. Soc Med-Hôpit Paris 1909. 400-409.

Battantyne. J. W. — Malta fever in pregnancy. Scot. M. & S. J. Edinburg 1905 XVII p. p. 305-307.

Boone. — Malta fever in China. China M. Miss. J. Shanghaï 1905.

Basset-Smith. P. W. — Duration of Mediterraneean fever. British Med J. London 1903. II p. 1589. Further notes ou the prevalence of Mediterranean fever., Statistit. Rep. Heath-Navy 1902. London 1903. 192-197 1. ch.

Bueri P. — Contributo clinico atta febbre mediterraneana o di Malta Gaz. Osped. di Milano. 1909. 1051-1054.

Bruce. D. — Malta fever. J. Roy. Army M. Corps .London 1904. II. 483-502.

Banister. W. B. — Report of a case of Malta fever-in Washington. D. C. Washinghton M. Ann. 1903. II 166-169.

Bruce. D. — Malta fever. In Mod. Med. (Osler) 8° Phila & New-York. 1907. III 17-28.

Cathoire. — Du rôle du lait de chèvre dans la transmission de la fièvre méditerranéenne. Hyg. de la viande etc. Evreux 1908. II. 243-246.

Cantini. A. — Su di alcune forme di fettrécole di nota ed ignota origine, contributo alla diagnostica differenziale della febbre di Malta Riforma Medica Napoli, de 1908. 1038-1046.

Boinet et Payan. — 6 cas de f. de Malte à Marseille. Marseille médical. 15 avril 1910.

Bruce. D. — Discussion an Malta fever.) British medical Journal 13 août 1904. p. 323. Sur une nouvelle forme de fièvre rencontrée sur les bords de la Méditerrannée. Annales Institut Pasteur 1093 p. 289 Article Malta fever. in : Dictionary of Medicine Vol. p. 10.

E.Cassuto. — Orchiepididymite suppurée consécutive à la fièvre Méditerranéenne. Soc. des Sc. Med-Tunis 1908. p. 53156. Analyse Archives de l'Instit. Pasteur Tunis. Avril 1908 p. 95.

Clarckson. — Discussion ou Malta fever. British Medical Journal London 1904 p. 323.

Clark. S. F. — Recent investigations intre Malta fever in South Africa. South African Med. Rec. Cape-Town 1907. v. 161-165.

CARRACIOLO. — La cellule globulifère des chèvres atteintes d'infection spontanée due au micrococcus melitensis. Lavori Istituto Clinico. Messina 1907.

P. CANTELOUBE (de Jumène). — Une Epidémie de fièvre de Malte en France. (180 cas). Exposé clinique. Montpellier Médical 20 février 1910. p. 169-184.

CARRACIOLO. — Le alterazioni amatomo pathologiche nella intezione sperimentale delle capre da micrococcus meliteusis. Lav. d. Ist. d. Chine. med. gener di Messina 1909.

P. CANTALOUBE (de Sumène). — Mémoire sur un cas de fièvre de Malte à Paris. Butt. Acad. Médic Paris. Séance du 19 avril 1910 p. 355.

CANNATA. — La vitalità del meliteuse nel terroni di cultura. Opera di Palermo. 19088. T. I. fasc. 2.

COCHEZ A. et LEMAIRE. — Fièvre méditerranéenne. Bulletin Médical de l'Algérie. Alger 1905. p. 373-376.

CARBONE T. — Un caso di febbre di Malta. Arch. per le sc... Med. Torino, 1904. XXIII 273-279.

CONOR A. — Fièvre Méditeranéenne expérimentale chez le chien Passage du micrococcus melitnsis de la mère au fœtus chez la brebis infectée expérimentalement. Compte-rend. Soc. Biot. Paris. Séance Séance du 16 avril 1910. p. 678.

CONOR et HUON. — Fièvre méditerranéenne et chèvres à Marseille. Compt-rend. Soc. Biol. Paris 1909. 556.

DE COTTES. J. D. — FFiebre mediterranea ò de Malta en Espana. Clin. med. Laragoza 1909. 121 : 274.

CRAIG C. F. — Observations ou Malta fever in the United States Army. J. Ass. Mil. Surg. U. S. Carliste. Pa.. 1904. XV. 264-281.

CARDALIAGUET F. J. M. — Nos connaissance actuelles sur la fièvre Méditerranéenne en Tunisie. Thèse Bordeaux 1906. 81 p. 2 diag. 8°.

CATHOIRE. — Relation de deux observations de fièvre méditerranéenne chez des soldats, l'un français, l'autre indigène, de la division d'occupation de Tunisie. Caducée. Paris 1906 p. 35.

CRAIG C .F. — The symptomatology and diagnosis of Malta fever, with the rapport of additional cases. Internat. Clini. Phila. 1906. 80-115.

CATHOIRE. — De l'existence de la fièvre méditerranéenne en Tunisie

dans les races française et Arabe. Rv. Med. Paris 1906. 4340-438.
dans les races Française et Arabe Rev. Médic. Paris 1906. 430-438.

CHANTEMESSE — Article (Fièvre typhoïde). un traité de Médecine de Charcot. Bouchard Brissaud. 2e Edition Paris 1900. Masson Edit Catalogue N° 20354.

CASTORINA. *M.* — Sulla febbre di Malta. Morgagni. Milano. 1906. 388-400

CANTANI. A. — Sulle forme leggierissino di febbre di Malta in Napoli Riforma medica Napoli 1908 XXIV. 367-370.

CANTANI A. — La febbre di Malta. — Ricerche clin e bacteriol. Acad. Med. Chir di Napoli, 1907.

DANLOS. H. WURTZ, et TANION. — Deux cas de fièvre de Malte observés aux environs de Paris. Rev. de Méd. et Hyg. Tropic. Paris 1908. 246-253. incl. 1. diag. Bull. et Méd. Soc. Med. Hôpital. Paris 1908 723-729.

DE BRUN H — Fièvre de Malte Inefficacité de la quinine à dose ordinaire; guérison rapide par la quinine à dose massive. Bull. Soc. path. Escot. Paris 1908. 476. Fièvre de Malte simulant un abcès du foie : guérison rapide par la quinine à haute dose. *idem.* 544-546. *Discussion* ou Malta fever. British Medical Journal London 1904 II 323-326.

DI DIMO M. — Alcuni casi di febbre melitense con complicanze. Gazz. sicil. di med e chir. (etc) Palermo 1906. v. 669-673,

DURAND DE COTTES — Fiebre mediterranea o de Malta en Espana. Madrid 1908.

DIXON. T. S. — A case of Malta (Undulant) fever : pathological report by A. Aspinwal. Australas. M. Gaz. Sydney 1908. 23-27.

DALTON F. J. A. & EYEE J. W. H. — On the resistance of the micrococcus melitensis tomoist heat; suggested standard methods in the determination of the thermal death points. J. Hyg. Cambridige, 1904. IV. p. p. 257-172. Analyse in Bull. Inst. Pasteur 1904. p. 68 1904. IV. p. p. 257-172. Analyse in Bull. Inst. Pasteur 1904. p. 686.

DREYER. — Un cas d'infection mixte : fièvre typhoïde et fièvre de Malte. Münchener medizinische Woschenchert. N° 48. 23 nov. 1909.

DURAN. — La fièvre de Malta en Espanà. Revista Sanitaria Madrid, 1906.

DATTON. F. J. A. — Undulant fever. Practitioner, London, 1903. IXX. 451-468. 2 pl.

EVANGELISTA A. — Sul potere agglutinante del siero dei tubercalotici sui cocco melitense. Riforma med. Napoli 1909. 959-963.

EYRE J. — The pathogenesi of Micrococcus melitensis Proc. Roy. Soc. Edinb. 1909 557-581.

EYRE J. W. H., J. G. DE NAUGHT, J. C. KENNEDY, T. ZAMMIT. — Report upou the bacteriological and experimental investigations during the summer of 1906 p. p. 3-137. Report of the Commission for investigation of Mediterranean fever under the supervision of and advisory Committee of the Royal Society. Partie VI. 1907. Analyse Bull. Inst. Pasteur, 19907 p. 750.

EYRE J. — Critical review recent work on Mediterranean fever. quart. J. Med. Oxford 1907-6 I. 209-222.

EYRE. J. W. H. — The Milroy lectures ou melitensis sofvicaemia (Malta ou Méditerranean fever). Lancet. London 1908. I. p. p. 1677: 17447 : 1626.

EYRE J. W. H. & FAWCETT J. — A case of subdiaphragmatie and hepatie abscess consécutive M. Mediterranean fever. Guy's Hosp. Rep. London. 1905, IiX. 207-216.

EUTHYBULE & GABRIELIDÉS. — La fièvre de Malte à Constantinople. Presse Médicale, Paris, 1909. 555-557.

FIMPANO. — Les troubles nerveux dans la fièvre de Malte. Policlinico Sect prat. N° 2. 1910. Analyse. Archives générales de Médecine. Avril 1910. p. 247.

FOWLER. J. K. — Malta fever ou the Riviera. Lancet London 1909 ii. 254.

FIORENTINI P. — La seroreazione di Wrigt nel latte delle capre, vacche, et asine, nel sangue dei poli. Lav. d. Istit. di Clin. Med. di Messina 1907.

FIORENTINI P. — Sulla distribuzione della febbre del Mediterraneo nell Italia meridionale ed in Sicilia. Riforma Medica. Napoli 1908, p. 141-143.

GOUGET, AGASSE-LAFOND et WEIL. — Un nouveau cas de fièvre de Malte contracté en France et observé à Paris. Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 10 décembre 1909.

GITTOT. — Pseudo-coxalgie méditerranéenne. Association Française pour l'avancement des Sciences, 1908.

GILLOT. — Hémorragie dans la fièvre de Malte. Association Franc. pour l'avanc. des Sciences, 1907.

GARDON V. — A propos de la fièvre Méditerranéenne. Bull. Médical de l'Algérie 1907.

GILLOT. — Fièvre de Malte en Algérie. Revision nécessaire des maladies du Nord Africain. Assoc. franç. pour l'avancement des Sciences, Lyon 1906.

GARDON V. — Contribution à l'étude de la fièvre Méditerranéenne. Bull. Méd. de l'Algérie, Alger, 1906, 203-299.

Mme GAUSSEL. — Un cas de fièvre de Malte ambulatoire évoluant depuis un an. Soc. des Sciences Médicales de Montpellier 23 juin 1910. Analyse : Montpellier Médical, 3 avril 1910, p. 333-335.

GERRARD J. J. — Further notes ou fevers in Malta. J. Roy Army. Med. Corps, Lond. 1909, 18-32.

GABBI U. — Con quali malattie si prio confondere la febbre di Malta (Diagnosi differenziale), Corriere sanitario Milano 1907, 698-700.

GEORGIADE G. — La fièvre ondulante. *Thèse de Paris* 1908.

GALLART P. et FERRAN J. — Formas clinicas observadas en Barcelona de febris melitensis. Gac. san. de Barcel., 1907, 63-73-86-98.

GUILLAIN et TROISIER. — Un cas de fièvre de Malte à Paris. Soc. de Biologie, 4 décembre 1909.

GABBI U. — Relazione sulla febbre di Malta del Mediterraneo ed undulante). Tommasi, Napoli 1905-6, I, 864-866.

GABBI U. — La febbre di Malta o del Mediterraneo (Setticemia di Bruce), in Italia. Riforma Medica Napoli 1908, p. 85-89.

GARDON V. — Etude descriptive de la fièvre Méditerranéenne. Bull. Méd. de l'Algérie, Alger 1907, XVIII, 48-57, 94.

GOUGET. — Diagnostic et prophylaxie de la fièvre de Malte. Journ. des Praticiens, 15 janvier 1910.

GILLOT et LEMAIRE. — La fièvre de Malte chez les enfants. Congrès d'Obstitrique et de pédiatrie, Alger 1907.

GROS. — Un cas de fièvre de Malte observé à Marseille. Marseille Médical n° 6, 15 mars 1910.

GARDON V. — Etude de la Séro-réaction de la fièvre Méditerranéenne. *Thèse de Montpellier* 1906.

GOUGET. — La fièvre de Malte. Presse Médicale, 19 mars 1910, p. 193-198.

GILLOT. — La fièvre de Malte. Assoc. Franç. pour l'avanc. des Sciences, Cherbourg 1905.

HAUSHALTER P. — Fièvre Méditerranéenne chez un enfant de trois ans. J. Méd. Franç., Paris 1908, 118-121. Prov. Med. p. 1-3.

HORROCKS W. H. — Experiments ou the mode of conveyance of the micrococcus melitensis to healthy animals. Melitensis to healthy 1909. p. 311-340.

HORROCKS W. H. — On the duration of life of the micrococcus melitensis outside the human body. J. Roy. Army. Med. Corps. Loudon. 1905. 78-87.

HOME W. E. — On the discrimination of urecognized discase and one a discase of overcrowding in ships especially at Malta. Proc. Roy. Soc. Med. Loudon. 1908-9. ii. Epidemiol. Sect. 159-186 Lancet. Loudon 1909, I. 1238-1243.

HORROCKS W. H. — Preliminary note on goats as a means of propagation of Mediterranean fever. J. Roy. Med. Corps, London. 1905. p. p. 343-350.

HELFIELD C. — Clinical note ou Mediterranean fever. Med. Press et Circ. Lond. 1904. p. 484.

HAYAT. — Contribution à l'étude de la fièvre dite Méditerranéenne. *Thèse de Montpellier* 1903.

HORROCKS W. H. — Mediterranean Fever in Gibraltar. J. Roy. Army Med. Corps. London 1907. Analyse in Butt. Inst. Pasteur de 1907 p. 749.

HAYAT (Tunis). — Sur quelques cas de fièvre méditerranéenne observées en Tunisie. Artch. Inst. Pasteur. Tunis T. I. Janvier 1907. Analyse in. Butt. Institut Pasteur 1907 p. 759.

HUTTON. — Discussion ou Malta. Fever British Medical Journal. London 13 août 1904 p. 323.

JEANSELME & RIST. — Précis de Pathologie exotique. Paris 1908.

KENNEDY J. C. — Notes o na case of chronic synovitis, or bursitis due

to the organism of Mediterranean Fever. J. Roy. Army. Med. Corps. London 1004. ii. 178-180.

KENNEDY J. C. — The distribution of Malta Fever (with an account of a case of a mixed infection of enteric and Malta Fevers). Lancet. London 1906. I. 861.

KENNEDY J. C. — A case of double and simultaneons infection by the organisms of enteric and Malta Fever J. Roy. and Malta 1905. 364-368.

KELSCH A. — Traité des maladies épidémiques. Etiologie et Phathogénie des maladies infectieuses. Catalogue n° 20.320. Paris 1894-1903. 2 vol.

KARK S. E. — A case of Malta Fever simulating syphliis. South African. Med. Record Capetown 1908, 351. Analyse Bulletin de l'Instit. Pasteur 1908.

LAPEYRE. — De quelque cas de fièvre ondulante en Seine-Marne. J. de Medec & Chir prat .Paris 1909. 537-541.

LEMAIRE E. — A propos de la fièvre méditerranéenne. Butt. Medical de l'Algérie 1907.

LAGRIFFOUL. — Un cas de fièvre de Malte avec symptômes hépatiques prédominants. Montpellier Médical 1er mai 1910.

LEMAIRE. — Sur la fièvre de Malte à Alger. Butt & Méd. Soc. Med Hôpit. Paris 1905 3e série XXII 818-820.

LE DANTEC. — Précis de Pathologie exotique.

LAGRIFFOUL A. & ARNAL (de Tréviers). — La fièvre de Malte dans l'Hérault. Montpelier Médical 30 janvier 1910. p. 97-99.

LAGRIFFOUL, A. ARNAL & ROGER. — Fièvre de Malte et dothienentérie. Compte-rendu Société de Biologie de Paris 28 janvier 1910.

LAGRIFFAOUL A. & ROGER H. — Persistance de la réaction agglutinante dans la fièvre de Malte. Compte-rendus. Société de Biologie de Paris, 15 janvier 1910. La fièvre de Malte en France. Compte-rend. Acad. Sciences 21 mars 1910.

MASUCCI A. — La febbre mediterranea. Taranto. Ann. di med. nav. Roma 1908. XIV. 367-377.

MODINOS. — L'interorragie dans la fièvre de Malte. Presse Médicale 6 nov. 1909.

MANOUSSOS P. — Un cas de fièvre de Malte; micrococcus melitensis isolé et cultivé par une ponction de la rate. Grèce Médicale. Syra, 1903, v. 15. *Caducée* de Paris. 1903. III n° 10. Annexes.

NABB D. J. — Notes ou the treatment and symptoms of Mediterranean Fever. J. Tropical Medic. Lond. 1906. p. 285.

MALTA FEVER (Thrée Cases) Report Surgical Gen-Arny. Washington 1902-3. p. 71.

MAC RAL D. M. — Differential Diagnosis of Malta Fever, with a few Montpellier Médical & Soc. Biologie. Diagnostic rétrospectif de la remark on its treatment, South-African. M. Rec. Cape-Town 1908. 51-53.

MONTEFASCO. — Contributo clinico ed epidemiologico atto studio della febbre di Malta. Giornale Internaz. d. Sc. Mediche di Napoli 1908. N. S. XXX. 127-129.

MANSON P. — Maladies des pays chauds. Paris 1908.

NANGHT J. G. — Malta Fever and simple continued Fever, the serum reaction and restrospective diagnosis. J. Roy Army Med. Corps. London 1909. 415-420.

MORPURGO L. — Contribution au traitement de la fièvre méditerranéenne. Soc. des Sc. Méd. Tunis. Séance du 4 nov. 1909. Bull. de la Société, 8e année fasc. I, p. 36-44. Analyse in Archives de l'Inst. Pasteur de Tunis. 1910. p.p. 46-47.

MESTREZAT. — Le liquide céphalo-rachidien dans la fièvre de Malte et la fièvre typhoïde. Analyse chimique et formules. Province Médicale 2 avril 1910. p. 155.

NICLOT. — Fièvre méditerranéenne chez un palustre. Lyon Médical 1907. CVIII 235-238.

NICOLLE C. — Sur l'existence en Tunisie de la fièvre méditerranéenne Caducée. Paris 1904. IV. 322. Compte-rendu Soc. Biologie 1904 p. 295-297.

NICOLLE & TRIOLO M. — La fièvre méditerranéenne en Tunisie. Presse Médicale, Paris 1905. I. 113-115.

NICOLLE C. & HAYAT. — Application du séro-diagnostic à l'étude de la fièvre de Malte en Tunisie. Compte-rendu Soc. Biologie de Paris. 23 juillet 1905. p. 243-245.

NICOLLE C. — Une observation de fièvre méditerranéenne par contamination de laboratoire. Arch. de l'Inst. Pasteur de Tunis. 1906. Fasc. 4, p.p. 155-158. Analyse in. Bull. Inst. Pasteur 1907, p. 131.

MM. NICOLLE et E. CONSEIL. — (Travaux originaux). Recherches sur la fièvre Méditerranéenne poursuivies à l'Institut Pasteur de Tunis. Archives de l'Institut Pasteur de Tunis 1909 IV novembre, p. 157-173.

NICOLLE C. — Le séro-diagnostic de la fièvre Méditerranéenne. Compte-rendu Soc. Biologie Paris, 1905, p. 240-242.

NICOLLE C. — Spécialité de la Séroréaction dans la fièvre Méditerranéenne, Compte-rendu Soc. Biologie Paris, 1905. p. 242.

NABB M. — Notes ou the treatment and Symptoms of Malta fever. Journal Tropical Medecin, London, 1906.

PAGLIANO. — La fièvre de Malte, Marseille Médical, 1er mai 1910.

PRESTON. — Discussion ou Malta fever. British Medical Journal London 1904, 13 août, p. 323.

PAGLIANO et AUBERT. — La fièvre de Malte à Marseille. Marseille Médical, 15 mars 1910.

QUEIROLO. — Febbre Mediterranea o di Malta. Policlin. Roma, 1905, XII, Sez prat. 1905, XII, 221-229.

G. RAUZIER. — Deux cas de fièvre de Malte dont un compliqué de fièvre typhoïde; aperçu d'ensemble sur la fièvre Méditerranéenne. La Province Médicale 12 mars 1910.

ROGER H. — Fièvre de Malte (Revue générale). Gazette des Hôpitaux, 22 et 29 janv. 1910.

RAMON Y CAJALS P. — Las fiebres ondulantes febriculares. Clin. mod. Zaragoza 1907, 365.

ROSS E. H. — The incubation period of Malta fever. British M. J. London 1906. I, 975.

RAMON Y CAJAL P. — Diagnostico differencial de la fiebre de Malta con otras enfermedades piréticas. Clin. mod. Zaragoza, 1908, 286-292.

RAUZIER et H. ROGER. — Un cas de fièvre de Malte d'une durée de plus de 6 mois. Association avec la fièvre typhoïde. Montpellier Médical, 3 avril 1910, p. 323-335.

ROOSEN-RUNGE — Ueber zwei Falle von Malto fieber. München med. Wchuschr, 1905, III, 1923-1925.

Dr L. ROUSSEAU-LANGWELT (Travaux originaux). — La fièvre ondulante (fièvre de Malte ou fièvre Méditerranéenne). Archives Générales de Médecine, avril 1910, p. 193-210.

MM. SIMOND, AUBERT, BLANCHARD et ARLO. — Recherches sur l'existence de la fièvre de Malte à Marseille et dans le Midi de la France. Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales 1910, p. 5-16.

SCHERB. — Fièvre de Malte et puerpéralité. Bulletin Médical de l'Algérie 1908 p. 722.

SIMPSON R. J.S. et BIRT C. — Malta fever from the blue mile. J. Roy. Army Med. Corps 1908, XI, 593-596.

SOULIÉ F. et GARDON V. — La Séro-réaction de la fièvre Méditerranéenne. Bulletin Médical Algérie, 1906.

SPAGNOLIO G. — La résistance des globules rouges dans la fièvre de Malte. Congrès de Médecine. Palerme 1907.

SIMON, AUBERT J., ARLO et BLANCHARD. — Cas de fièvre de Malte à Marseille. Réunion biologique, Marseille, 18 mai 1909. Soc. de pathol. exotique, 21 juillet 1909.

SICARD J. A. n° 6588. — Art. Fièvre de Malte. Pratique Médico-Chirurgicale, Paris 1907, p. 71.

SHAW E. A. — The ambulatory type of case in Mediterranean or Malta fever. J. Roy Army, Med. Corps, Londè, 1906, 636-645.

SOULIÉ H. — La fièvre Méditerranéenne d'après les dernières recherches. Bull. Méd. de l'Algérie, Alger 1906, 273-292.

SIMOND. — La fièvre de Malte à Marseille. Bull. Soc. Path. Exot., Paris 1909, 364-370. Compte-rendu Soc. Biol. 1909, 896-898.

SICARD J.-A. et LUCAS. — Fièvre de Malte avec contrôle bactériologique, guérison. Bull et Méno Soc. Méd. Hôpit. 1909 3e série XXVI, 461-464.

SHAW E. A. — On the agglutination reaction in Mediterranean fever J. Tropical Medicin, London 1906, p. 285.

SERGENT E., GILLOT V. et LEMAIRE G. — Etude sur la fièvre Méditerranéenne chez les chèvres algériennes en 1907. Ann. Inst. Pasteur, Paris 1908, 209-216.

SERGENT E. — Etudes sur la fièvre Méditerranéenne, recherches expérimentales en 1907. Ann. de l'Inst. Pasteur. Paris 1908, p. 225-236.

SERGENT E. — La fièvre Méditerranéenne en Algérie. Bull. Soc. path. Exot. Paris 1908, 18-22.

SOULEYRE. — Relation de deux cas de fièvre de Méditerranée observés à Oran et traités par le collargol. Bull. Méd. de l'Algérie 1906, XVII, 525-534.

TOMASELI A. — La resistenza du globuli rossi nella febbra di Malta. Policlin. Roma 1909, sez. nud. 413-416.

TRUTTI N. — Sulla febbre di Malta. Policlin. Roma 1909, sez. prat. 997-1002.

TRAMBUSTI A. — La febbre Mediterranea (Setticemia del Bruce), Palermo 1908, A. Reber, 98 f. 12°.

VACCARO N. — Sutta febbre di Malta ad andamento prottatto e suoi rapporti col tifo ambulatorio. Rassegna san di Roma. 1908. 479: 480: 499: 511.

WURTZ R. — La fièvre de Malte en France. Bull. Académie de Médec. de Paris, 26 oct. 1909. Revue Scientifique 25 décembre 1909.

WILLIAMS E. — Mediterranean Fever infectés in utero. Journal of the royal med. Corps 1904.

WEILL. — La fièvre de Malte. J. de Médec. Paris 1909. p. 236.

WURTZ R. — Art. Fièvre de Malte. N° 6467. in Traité de Médecine Brouardel & Gilles. Paris 1906. Tome VI.

WURTZ R. — La Fièvre de Malte. Aspect clinique, séroréaction, prophylaxie. Monde Médical 15 avril 1910.

ZOGRAFIDI S — La Fièvre Méditerranéenne : 75 cas. Caducée Paris 1903. III. 185.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 17 Mai 1910.
Pour le Recteur :
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
LÉON PÉLISSIER.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 17 Mai 1910.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !